

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 167

Année scolaire 1938-1939

TRAVAIL DU CENTRE ANTICANCÉREUX DE LYON

(Directeur : M. le Professeur L. BÉRARD)

**CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT
DES
ADÉNOPATHIES CERVICALES SECONDAIRES
AUX
ÉPITHÉLIOMAS DE LA CAVITÉ BUCCALE**

T H È S E

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

PAR

André BOIJEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon
Diplômé de Bactériologie, d'Hygiène et d'Electro-Radiologie
de l'Université de Lyon

Né à LA CHATRE (Indre), le 22 Avril 1910

LYON

IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE
177, avenue Félix-Faure, 177

1939

**CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT
DES
ADÉNOPATHIES CERVICALES SECONDAIRES
AUX
ÉPITHÉLIOMAS DE LA CAVITÉ BUCCALE**

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - N° 167

Année scolaire 1938-1939

TRAVAIL DU CENTRE ANTICANCÉREUX DE LYON

(Directeur : M. le Professeur L. BÉRARD)

**CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT
DES
ADÉNOPATHIES CERVICALES SECONDAIRES
AUX
ÉPITHÉLIOMAS DE LA CAVITÉ BUCCALE**

T H È S E

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1939

PAR

André BOIJEAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon
Diplômé de Bactériologie, d'Hygiène et d'Electro-Radiologie
de l'Université de Lyon

Né à LA CHATRE (Indre), le 22 Avril 1910

LYON

IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE
177, avenue Félix-Faure, 177

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LÉPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVÉ-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements		PATEL.
Clinique ophtalmologique		BÉRARD.
Clinique dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LÉPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GURIAT.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Étienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAUX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THÉVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
ÉPARVIER	CREYSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, *président* ;
J.-F. MARTIN, PONTIUS, CREYSEL, *assesseurs*.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

Tué à l'ennemi le 1^{er} octobre 1917.

A MA MÈRE

Les mots ne sauraient traduire toute
la reconnaissance que je lui dois.

Sa vie, toute d'abnégation et de
dévouement, sera pour moi le plus
précieux des exemples.

AU DOCTEUR G. POISSONNIER, MON ONCLE,

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon,

Chevalier de la légion d'honneur,

ce travail [est dédié en faible témoi-
gnage de ma vive gratitude et de ma
profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BÉRARD,
Professeur de Clinique Chirurgicale,
Directeur du Centre Anticancéreux de Lyon.

Pendant plus d'un an nous avons pu
apprécier toute la valeur de son ensei-
gnement au Centre Anticancéreux de
Lyon.

Nous le remercions d'avoir bien voulu
présider notre jury de thèse et nous le
prions de bien vouloir trouver ici
l'expression de notre admiration et de
notre profonde gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552411_0017

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.-F. MARTIN,
Professeur d'Anatomie Pathologique à la Faculté.

Il nous a toujours accueilli avec une souriante bienveillance et nous a fait l'honneur de bien vouloir être notre juge.

Nous sommes heureux de pouvoir l'assurer ici de toute notre reconnaissance.

A MON MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. PONTIUS,
*Professeur de Physique médicale à la Faculté,
Électro-radiologiste des Hôpitaux.*

Il a été notre premier conférencier d'externat et c'est avec une grande joie que nous l'avons retrouvé au Centre Anticancéreux de Lyon.

Là, il a su nous communiquer tout son enthousiasme pour la radiothérapie et nous lui devons le meilleur de notre formation radiologique.

Il a bien voulu nous honorer de sa confiance et nous a inspiré le sujet de ce travail que ses conseils éclairés et son dévouement inlassable nous ont permis de mener à bien.

Qu'il veuille bien trouver ici, avec le faible témoignage de notre reconnaissance, l'assurance de notre profonde sympathie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CREYSSEL,
Chirurgien des Hôpitaux.

Il a bien voulu nous faire l'honneur
de faire partie de notre jury de thèse.

Qu'il veuille croire à notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE,
Médecin Honoraire des Hôpitaux.

Il a guidé nos premiers pas en
médecine et par son enseignement si
attrayant il nous a permis d'acquérir
les plus solides bases de notre formation
médicale.

Il nous a prodigué en toutes circons-
tances des marques de bienveillante
sympathie et de paternelle sollicitude.

Qu'il soit assuré de notre respec-
tueuse gratitude et de notre profond
attachement.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD.
MONSIEUR LE PROFESSEUR COTTE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMAS.
MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY.
MONSIEUR LE DOCTEUR PALLASSE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY.

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEVIC.
MONSIEUR LE DOCTEUR PALIARD.
MONSIEUR LE DOCTEUR IMBERT (Hôpital Renée-Sabran).
MONSIEUR LE DOCTEUR DESJACQUES.
MONSIEUR LE DOCTEUR BERTOYE.
MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET.
MONSIEUR LE DOCTEUR JAPIOT.
MONSIEUR LE DOCTEUR CONTAMIN.
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD.

A MES CONFÉRENCIERS
D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR NAUSSAC
MONSIEUR LE DOCTEUR HENRY.
MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU.
MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL BÉRARD.
MONSIEUR LE DOCTEUR COLSON.

A MES AMIS ET CAMARADES DE L'INTERNAT

AUX DOCTEURS
ANDRÉ MOREL ET MICHEL BALLIVET.

Ces excellents camarades nous ont initié avec obligeance aux moindres détails de la chirurgie ganglionnaire.

Nous sommes heureux de pouvoir les assurer de notre reconnaissance et de toute notre sympathie.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES CERVICALES SECONDAIRES AUX ÉPITHÉLIOMAS DE LA CAVITÉ BUCCALE

INTRODUCTION

L'extrême fréquence, au cours de l'évolution des néoplasmes de la cavité buccale, de l'envahissement des territoires lymphatiques correspondants, est au premier plan des problèmes thérapeutiques de ces cancers.

Le problème du traitement des adénopathies néoplasiques secondaires a donné lieu, depuis de nombreuses années, à des solutions variées. La Chirurgie et les Agents physiques se sont longtemps disputé, avec des fortunes variables, la priorité dans ce traitement.

Mais, si la discussion reste ouverte sur les modalités de ce traitement, il est un point sur lequel l'unanimité est faite, aussi bien chez les chirurgiens que chez les radiothérapeutes. C'est la nécessité primordiale de traiter, au cours de toute néoplasie buccale, le territoire ganglionnaire correspondant. Bien plus, on ne doit pas perdre de vue que, dans tout cancer de la cavité buccale, le territoire lymphatique corres-

pondant, même s'il est cliniquement indemne, doit être considéré comme suspect d'envahissement néoplasique latent et traité en conséquence.

Il n'est pas exagéré d'affirmer que ce traitement ganglionnaire est le problème fondamental dans la recherche de la guérison des cancers de la cavité buccale. En effet, dans l'état actuel de la technique, on sait stériliser la grande majorité des lésions primitives. Il n'en est pas de même, hélas ! des manifestations ganglionnaires qui offrent souvent une résistance inattendue au traitement et devant lesquelles on se sent fréquemment désarmé.

La doctrine classique, sur laquelle certains sont revenus récemment (ROUX-BERGER, *Réunion des directeurs de Centres anti-cancéreux*, 22 mai 1939), veut que les adénopathies néoplasiques ne puissent être stérilisées par la radiothérapie (1) et que leur traitement soit uniquement chirurgical. Suivant les auteurs, le curage ganglionnaire est pratiqué avant ou après le traitement de la lésion primitive. Dans tous les cas, il est suivi de l'examen histologique des ganglions enlevés. Si cet examen confirme l'envahissement néoplasique, on soumet le territoire lymphatique opéré à une irradiation curie ou roentgenthérapique. Sinon, on se contente de surveiller le malade.

Cette règle générale s'applique aussi bien au traite-

(1) Nous utiliserons toujours le terme de radiothérapie dans le sens très général d'utilisation thérapeutique des radiations de toutes natures. Les termes de *Curiethérapie* et de *Roentgenthérapie* désignent plus particulièrement les traitements par le radium et les rayons X.

ment prophylactique qu'au traitement curatif des adénopathies.

Les rares exceptions à cette doctrine concernent : D'une part les ganglions volumineux et fixés au-dessus de toute thérapeutique et relevant uniquement de traitement palliatifs. D'autre part les néoplasmes des lèvres, qui, selon REGAUD, ne sont que rarement envahis et pour lesquels, dans certains cas bien définis, on peut se contenter de surveiller le malade.

Les résultats du traitement des adénopathies sont jusqu'ici assez décevants. Mais on doit espérer que l'expérience déjà acquise, tant par la chirurgie que par la radiothérapie, les progrès techniques des agents physiques, et les acquisitions radio-physiologiques récentes, permettront dans un avenir proche d'améliorer les résultats déjà obtenus.

Sous l'inspiration de M. le Professeur PONTIUS et sous la direction de M. le Professeur BÉRARD, nous avons pu suivre au Centre Anti-cancéreux de Lyon, pendant plus d'un an, de nombreux malades atteints de diverses localisations néoplasiques de la cavité buccale. Il nous a paru intéressant de présenter dans ce travail les lignes de conduite adoptées, au Centre Anticancéreux de Lyon, dans la lutte contre les adénopathies néoplasiques secondaires.

De cette étude, il nous est apparu que la doctrine classique est trop exclusive en niant à la Radiothérapie toute possibilité d'action curative sur les ganglions envahis. En fait, les adénopathies peuvent être stérilisées de façon définitive, uniquement par la radiothérapie, mais à deux conditions : la première,

que les ganglions soient de petit volume, la seconde, qu'une technique rigoureuse soit mise en œuvre.

On peut donc se demander si on ne doit pas étendre encore les exceptions à la doctrine classique, et en particulier :

— Si le curage ganglionnaire systématique est toujours nécessaire ;

— Si le curage ganglionnaire est logique dans tous les cas ;

— Si la radiothérapie seule ne peut pas suffire dans certains cas.

Mais, quoi qu'il en soit, la chirurgie et la radiothérapie ne sont pas dans ce traitement des méthodes rivales et la question de la suprématie de l'une ou de l'autre ne doit pas se poser. Elles ne sauraient être utilisées isolément de façon absolument rigide, mais elles ont des indications assez précises, tout au moins en l'état actuel de la technique. Leur association peut enfin, dans certains cas, assurer des résultats que chacune d'elles ne saurait espérer séparément.

Nous chercherons, avant tout, au cours de ce travail, à préciser les possibilités, d'où les indications respectives des diverses méthodes de traitement des adénopathies néoplasiques, ainsi que leurs techniques.

Nous limiterons cette étude aux adénopathies cervicales, secondaires aux épithéliomas de la cavité buccale. C'est ainsi que nous éliminerons :

— Tout ce qui n'est pas adénopathie secondaire, soit les néoplasmes ganglionnaires primitifs ;

— Tout ce qui n'est pas épithélioma, c'est-à-dire les tumeurs d'origine conjonctive : Sarcomes fibro-

blastiques, lympho-sarcomes, réticulo-sarcomes, ainsi que les naevo-cancers qu'on peut rencontrer sur le versant cutané des lèvres ;

— Enfin toutes les adénopathies secondaires à des cancers n'intéressant pas la cavité buccale. Nous ne retiendrons, en effet, que les localisations à la langue, la muqueuse jugale, les lèvres, les amygdales, l'épiglotte, le voile du palais et le pharynx buccal.

Après un court rappel historique de la question nous étudierons, dans une première partie, les avantages et les inconvénients des traitements classiques, chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux et biologiques. Enfin, dans une seconde partie, nous préciserons les indications du traitement des adénopathies.

HISTORIQUE

L'évolution des idées relatives au traitement des adénopathies cervicales, secondaires aux néoplasmes de la cavité buccale, peut être schématiquement divisée en trois grandes périodes :

- 1^o La période chirurgicale ;
- 2^o La période d'espoir en les agents physiques ;
- 3^o La période mixte de rivalité et d'association des deux méthodes.

I. — LA PÉRIODE CHIRURGICALE

a) La chirurgie empirique.

Quand, au milieu du XVIII^e siècle, LOUIS, KOCHER puis, plus tard, WARREN et VELPEAU préconisèrent l'exérèse chirurgicale des néoplasmes buccaux, on ignorait encore tout du problème du cancer et, en particulier, l'existence des atteintes lymphatiques. L'acte chirurgical, tout empirique, ne s'adressait qu'à la lésion primitive, et n'avait d'autre but que de remplacer, avec plus d'efficacité, les ressources thérapeutiques de l'époque, caustiques et cautères d'action illusoire.

b) La période chirurgicale pure.

Il faut attendre la fin du ^{xix}^e siècle et les travaux des anatomo-pathologistes BILLROTH, VIRGHOW, RANVIER, SCHMIDT, pour mieux connaître le processus cancéreux et, en particulier, mettre en évidence l'importance fondamentale des manifestations lymphatiques. Aussitôt la chirurgie, avec MICHEL, puis KOCHER, s'empare de ces données nouvelles pour étendre son action curatrice. Le curage systématique des territoires ganglionnaires cervicaux est né, marquant l'avènement de la période chirurgicale pure.

Dès le début de cette ère, en France comme à l'étranger, deux grandes tendances techniques vont opposer les chirurgiens. Le principe thérapeutique reste le même pour tous, c'est l'ablation systématique, aussi large que possible, en un ou plusieurs temps, de la tumeur et des ganglions. Mais tous ne sont pas d'accord sur la technique à suivre pour arriver à ce résultat. Les uns, avec VALLAS, VERNEUIL, sont partisans de l'exérèse très large, en un seul bloc, des espaces lymphatiques depuis la lésion primitive jusqu'aux ganglions cervicaux inclus. Les autres, avec l'école anglaise, WITEHEAD, BUTLIN et, en France, SÉBILEAU, TRÉLAT, préfèrent les exérèses ganglionnaires plus limitées, et en tout cas indépendantes des interventions sur la lésion primitive.

Peu à peu, à la faveur de multiples congrès et communications, les deux tendances précisent leurs indications et leurs techniques. Chaque intervention est réglée jusqu'au moindre détail et comporte des

soins préopératoires minutieux. Éventuellement, on procède à des opérations préliminaires : Ligatures artérielles, trachéotomie, voire même exclusion de la trachée. L'anesthésie et les soins post-opératoires sont également l'objet des plus grandes attentions. Mais, malgré tout, chaque intervention reste infiniment choquante et mutilante. La mortalité immédiate est considérable et les malades qui résistent au choc opératoire restent à la merci des redoutables complications que sont la broncho-pneumonie et les suppurations des espaces cellulaires du cou, mis en communication avec le milieu buccal septique. Enfin, par la suite, de multiples récurrences locales ou ganglionnaires, au-dessus de toutes ressources thérapeutiques, viennent emporter les malades et aggraver l'impression, déjà décevante, de telles interventions.

En 1902, POIRIER précise l'origine et le trajet des lymphatiques buccaux, ainsi que la topographie des ganglions cervicaux où ils aboutissent. La technique chirurgicale tire le plus grand profit de ces recherches et MORESTIN fixe la technique du curage cervical total classique, tel qu'il est actuellement pratiqué universellement, à quelques détails de technique près.

II. — La PÉRIODE DES AGENTS PHYSIQUES

Cependant, malgré les progrès considérables de la technique chirurgicale, les résultats éloignés restent médiocres. Aussi, les premières démonstrations de l'action des radiations sur la cellule néoplasique font-elles naître les plus grands espoirs. Les premiers essais

thérapeutiques paraissent confirmer ces espérances et l'on croit avoir trouvé avec les agents physiques, radium et rayon X, un traitement simple et efficace de toutes les manifestations cancéreuses. Dans l'enthousiasme créé par les méthodes nouvelles, la chirurgie est peu à peu délaissée au profit de méthodes mixtes radio-chirurgicales ou même uniquement de méthodes radiothérapiques.

Mais l'usage des armes nouvelles, radium et rayons X, comme le fut l'usage de la chirurgie à ses débuts, est encore entièrement empirique. On en ignore les indications, les techniques d'application, les doses utiles, et on cherche, au prix de doses massives, à obtenir la régression des tumeurs. Aussi, à côté de quelques résultats favorables, doit-on enregistrer de nombreux échecs et accidents. Il faudra encore de multiples travaux pour préciser les techniques nouvelles, les doses à utiliser, les causes des échecs et les moyens d'éviter les accidents.

C'est alors que la chirurgie, à la faveur des premières déceptions causées par ces radiations dont on avait tant attendu, regagne peu à peu le terrain perdu dans la lutte contre le cancer. La période de rivalité radio-chirurgicale commence.

III. — LA PÉRIODE RADIO-CHIRURGICALE

La question du traitement des adénopathies néoplasiques secondaires est toujours actuellement en pleine évolution.

Certains auteurs ne considèrent la radiothérapie

que comme un traitement accessoire. Ils n'en admettent l'utilisation que dans deux circonstances. Tout d'abord, à titre de complément du curage cervical systématique lorsque l'intervention n'a pu être absolument satisfaisante en étendue. Certains mêmes seulement lorsque l'histologie des ganglions enlevés lors du curage a confirmé leur envahissement néoplasique. Enfin, dans tous les cas, lorsque la chirurgie est contre-indiquée pour quelque raison.

D'autres, par contre, n'admettent pas pour les agents physiques ce rôle secondaire et les placent, tant comme indications que comme résultats, sur un plan égal au meilleur acte chirurgical.

De multiples communications, aujourd'hui classiques, viennent alors, depuis 1920, apporter leur contribution à ce délicat problème. Nous citerons plus spécialement celles de REGAUD, COUTARD et leurs élèves sur la radiophysiologie ; celles de BÉRARD, PROUST, MAURER, ROUX-BERGER, MONOD, DUBOIS-ROQUEBERT et MÉNÉGAUX intéressant le traitement chirurgical.

A la faveur de ces travaux, se dégage peu à peu une doctrine classique, adoptée encore à l'heure actuelle par la majorité des cancérologues. Nous en avons exposé les grandes lignes dans l'introduction de ce travail.

PREMIÈRE PARTIE

**ÉTUDE CRITIQUE
DES TRAITEMENTS CLASSIQUES**

CHAPITRE PREMIER

LES AGENTS PHYSIQUES

Nous envisagerons successivement les avantages, puis les inconvénients des traitements radiothérapeutiques des adénopathies néoplasiques. Avec leurs avantages, nous préciserons les techniques et les conditions anatomo-cliniques qu'il nous paraît indispensable de respecter, si l'on veut en obtenir le maximum d'efficacité.

I. LES AVANTAGES DE LA RADIOTHÉRAPIE

Depuis longtemps, et même encore actuellement, nombre d'auteurs ont nié aux agents physiques toute possibilité d'action sur les adénopathies néoplasiques secondaires. Cette opinion nous paraît trop absolue et nous croyons pouvoir assurer qu'en l'état actuel de la technique, la valeur curative de la radiothérapie est certaine.

Toutefois, cette action curative doit être soumise à certaines réserves dominées par l'étude des caractères anatomo-cliniques des lésions. Trois grands facteurs dominant l'utilisation de la radiothérapie ganglion-

naire : les caractères anatomo-cliniques de l'envahissement lymphatique, la localisation de la lésion primitive et l'emploi d'une technique rigoureuse.

A. — LES CARACTÈRES ANATOMO-CLINIQUES DE L'ENVAHISSEMENT LYMPHATIQUE

L'appréciation clinique du siège, et surtout du volume exact des adénopathies, est particulièrement délicate et dépend, pour beaucoup, de l'observateur. On peut cependant schématiquement distinguer quatre degrés dans l'envahissement lymphatique.

1. IL N'Y A PAS DE GANGLIONS PERCEPTIBLES

Comme nous le verrons par la suite, à propos des indications du traitement des adénopathies, la majorité des localisations néoplasiques buccales s'accompagne, tôt ou tard, de manifestations ganglionnaires, même après guérison apparente de la lésion primitive.

Au cours de ces cancers, dont celui de la langue est le plus typique, le territoire lymphatique correspondant, même s'il apparaît indemne cliniquement, doit donc toujours être considéré comme en puissance d'envahissement néoplasique et soumis le plus tôt possible à un traitement prophylactique.

Ce traitement, essentiellement préventif, peut-il être confié, avec quelques chances de succès, aux agents physiques ? C'est là tout le problème de la *radiothérapie prophylactique*.

L'irradiation préventive a, encore actuellement, de nombreux défenseurs, entre autres PÉRUSSIA, KAPLAN,

COLLIN, MELAND, HOLLANDER, SIMPSON, CLARSON. Nous n'utilisons pas, en règle générale, au Centre Anti-Cancéreux de Lyon, cette technique, à laquelle nous reprochons l'incertitude de son action et de multiples inconvénients. Nous admettons, en effet, que :

a) L'action de la radiothérapie prophylactique est discutable.

Le mode d'action de l'irradiation préventive a été diversement interprété ; deux facteurs surtout ont été invoqués pour justifier ses possibilités prophylactiques contre l'envahissement néoplasique. Le principal est la destruction des cellules néoplasiques aberrantes, véritable « graine néoplasique latente », mais on a également attribué à l'irradiation un rôle d'immunisation du terrain lymphatique contre une atteinte cancéreuse ultérieure. Ces deux éléments d'action nous paraissent également discutables.

La destruction de la « graine néoplasique » se heurte à de grosses difficultés. Il s'agit de détruire des cellules néoplasiques isolées, venant de la lésion primitive, et disséminées, çà et là, dans le territoire lymphatique ou dans les ganglions qui les arrêtent à la manière d'un filtre et exercent sur elles une action destructrice (KUSCHFELDT, QUICK).

Ces cellules néoplasiques ne sont pas en activité, dans l'extrême majorité des cas ; bien au contraire, elles sont le plus souvent en état de vie latente. C'est une « graine néoplasique » dont la vitalité est réduite au maximum par la pauvreté de leur vascularisation

et l'action inhibitrice qu'exerce sur elle le tissu lymphatique. Or, on sait, depuis les expériences de JOLLY, que les radiations ont peu d'action sur des éléments tumoraux qui ne sont pas organisés. En d'autres termes, la radiosensibilité de ces cellules aberrantes est beaucoup plus faible que celle de la tumeur qui leur a donné naissance, et devient très voisine de la radiosensibilité des tissus sains qui les environnent.

C'est là le principal obstacle à une action favorable de la radiothérapie prophylactique.

La création d'une immunité anti-néoplasique apparaît comme étant encore plus discutable.

Une première série d'expériences de MURPHY, MAISIN et STURME en 1924, avait paru démontrer que, chez des souris irradiées à faible dose, une greffe néoplasique se développait mal. Les auteurs admettaient que cette action immunisante était due à une excitation du système réticulo-endothélial de la peau. Ils notaient également que seules les irradiations à dose faible avaient cette action et que les fortes doses restaient sans effet.

Mais LACASSAGNE et SAMSONOW, en 1925, poursuivaient ces expériences et aboutissaient à des conclusions opposées. L'irradiation préalable ne leur paraissait gêner, en aucune façon, le développement de la tumeur greffée.

Plus récemment, GRYNKRAUT, en 1934, expérimentant sur le rat, irradie, à doses fortes, un territoire donné avec ses lymphatiques, et y greffe, de trois à cinq jours après l'irradiation, un fragment de néoplasme. Il observe tout d'abord que le greffon pousse

moins bien que sur des sujets-témoins non irradiés. Mais, par contre, il note l'apparition beaucoup plus rapide de métastases ganglionnaires. Tout se passe, écrit-il, « comme si les ganglions étant détruits par les radiations, leur action inhibitrice ne s'exerçait plus sur les cellules métastatiques ». Il restait à expliquer cette dissociation entre le développement difficile du greffon et la précocité des métastases ganglionnaires.

Des expériences de CARTER-WOOD ont montré, à ce sujet, qu'une irradiation à dose forte, comme c'est le cas dans les essais de GRYNKRAUT, provoquait l'œdème, puis la prolifération de l'endothélium des artérioles, apportant ainsi une gêne assez considérable à la circulation artérielle. Par contre, à doses égales, aucun effet identique ne peut être observé sur les vaisseaux lymphatiques. Ainsi, on conçoit mieux les difficultés de croissance du greffon, dont la vascularisation est gênée, et la précocité des envahissements sur des ganglions, plus ou moins détruits par l'irradiation, et dont les voies d'accès sont restées normalement perméables.

Il est, certes, très difficile de vouloir généraliser au cancer humain les résultats expérimentaux obtenus sur des animaux. La clinique, en matière de néoplasme, doit toujours occuper une place prépondérante et les résultats pratiques seuls comptent.

Or, il ne nous a pas été possible de trouver de statistique vraiment probante des résultats favorables de la radiothérapie préventive. Il en existe bien d'impressionnantes pour les cancers des lèvres (COLLIN, HALL, KAPLAN, entre autres), mais leur

valeur apparaît négligeable quand on sait que près de 70 % des cancers des lèvres, après le seul traitement de la lésion primitive, ne donnent pas d'envahissement lymphatique.

Une statistique des néoplasmes de la langue, par exemple, sans adénopathies, et dont les territoires lymphatiques auraient été irradiés préventivement, aurait une toute autre valeur, car ici on peut considérer l'envahissement ganglionnaire comme pratiquement constant. Nous n'avons pas trouvé de telle statistique.

b) La radiothérapie prophylactique n'est pas sans inconvénients.

Toute action radiothérapique dirigée contre les cellules néoplasiques aberrantes devra, en raison de leur très faible radio-sensibilité et sous peine d'échec *a priori*, utiliser de fortes doses qui ne seront pas sans inconvénients.

Inconvénients immédiats, tout d'abord, en agissant défavorablement sur l'état général de malades, souvent âgés, et déjà éprouvés, dans la plupart des cas, par un traitement radiothérapique de la lésion primitive. Nous verrons plus loin que la possibilité, dans certains cas, d'irradier dans un même champ la lésion primaire et ses territoires lymphatiques correspondants, élimine ces inconvénients immédiats.

Inconvénients secondaires ensuite, car, en cas de récurrence ganglionnaire tardive, on risque d'être extrêmement gêné pour leur traitement. D'une part, en

effet, toute nouvelle action radiothérapique, curative cette fois, sera prohibée, pour la double raison de son efficacité très atténuée par la première irradiation (REGAUD) et de ses dangers d'accidents cutanés sur une peau déjà fortement irradiée. D'autre part, toute intervention chirurgicale, pratiquée plus de six mois après une irradiation intense, devient très délicate et son action curatrice en est réduite d'autant.

Enfin, on peut redouter que, si la lésion primitive n'est pas totalement stérilisée, la suppression du barrage ganglionnaire, sans destruction des voies lymphatiques comme dans le curage ganglionnaire chirurgical, réduise le temps d'arrêt cervical des cellules aberrantes et favorise les métastases plus éloignées (QUICK).

Tous ces inconvénients sont les faits de grosses doses. Ils disparaissent si on utilise des doses plus faibles en cherchant plus particulièrement à exalter le rôle défensif normal des ganglions (QUICK), sans espérer détruire directement les cellules néoplasiques. Quoi qu'il en soit, la technique et les doses utilisées ne paraissent pas avoir, pratiquement, quelque influence sur les résultats d'un traitement dont les bases radio-biologiques apparaissent si discutables.

Dans vingt-sept de nos observations, l'irradiation de la lésion primitive a emprunté, comme porte d'entrée, le territoire ganglionnaire correspondant, cliniquement indemne. Il nous a paru intéressant de rechercher les résultats obtenus par cette radiothérapie prophylactique forcée. Les cas retenus intéressent des localisations de la langue, de l'amygdale, du

plancher buccal, de la muqueuse jugale, du voile du palais, du pharynx buccal et de l'épiglotte.

Sur 6 cas traités par *Rœntgenthérapie*, on note :

- 1 Succès de 44 mois sur un petit néoplasme méso-marginal de la langue (obs. 21).
- 1 Échec.
- 2 Résultats de 10 et 14 mois. Morts sans ganglions.
- 2 Résultats non notés.

Sur 2 cas traités par curiethérapie (appareil moulé) :

- 1 Échec rapide.
- 1 Résultat de 6 mois, mort sans ganglions.

Sur 19 cas traités par télécuriethérapie :

- 1 Succès de 12 mois, sur un petit néoplasme marginal antérieur lingual (obs. 13).
- 6 Échecs rapides.
- 9 Résultats de 2-5-6-8-9-12-13-14 et 15 mois. Morts sans ganglions.
- 3 Résultats non notés.

Soit en tout, sur 22 résultats notés :

- 2 Succès seulement.
- 12 Résultats provisoires, morts sans ganglions, mais au plus 15 mois seulement après l'irradiation, c'est-à-dire trop tôt pour qu'on puisse en juger les résultats.
- 8 Échecs, rapides pour la plupart.

Ces résultats sont décevants et, en tout cas, bien inférieurs à ceux obtenus par le curage chirurgical prophylactique, dans des cas identiques.

2. IL Y A DE PETITS GANGLIONS MOBILES

Dans ce cas, les possibilités d'action curatrice de la radiothérapie nous paraissent certaines et les observations ne sont pas rares où on a pu obtenir la disparition complète d'adénopathies, le plus souvent petites, mais parfois même assez grosses, du volume d'une noix, par exemple.

Nous avons utilisé la radiothérapie seule, dans soixante-neuf cas d'adénopathies cervicales, secondaires à des cancers de la cavité buccale, lèvres exceptées.

Il apparaît particulièrement difficile, pour de multiples raisons, de faire une statistique qui permette de juger la valeur exacte de la radiothérapie. En principe, seuls devraient être retenus les cas où la lésion primitive a été guérie, mais de telles observations sont malheureusement peu nombreuses. Lorsque la lésion initiale continue son évolution, il devient souvent impossible d'apprécier l'efficacité du traitement appliqué aux adénopathies. D'autre part, il est difficile de classer, comme on devrait le faire, les résultats d'après le volume des adénopathies ; il n'y a pas, en fait, deux adénopathies identiques absolument.

Voici, aussi schématiquement que possible, exposés les résultats du traitement des adénopathies, obtenus par la radiothérapie seule :

CAS TRAITÉS : 69.

Résultats non notés dans 6 cas.

Observations retenues : 63.

a) *La disparition totale des ganglions a été obtenue dans vingt-cinq cas.*

Sur ces vingt-cinq cas on doit distinguer :

11 cas traités par *Röntgentherapie*, dont :

3 encore *vivants*.

Obs. 64. Grosse adénopathie. Dose totale :
63 H.

Guérie depuis 36 mois.

Obs. 84. Adénopathie du volume d'un œuf de pigeon, encore mobile. Dose totale :
39 H.

Guérie depuis 21 mois.

Obs. 121. Adénopathie fixée. Dose totale : 60 H.
Guérie depuis 26 mois.

4 sont *morts*.

Obs. 43. Ganglions mobiles. Dose totale :
32 H.

Mort 22 mois après sans ganglions,
par évolution de la lésion primitive.

Obs. 62. Adénopathie du volume d'une noix,
fixée.

Dose totale : 45 H.

Mort 9 mois après avec évolution de
la lésion primitive, mais aussi des
ganglions.

Obs. 119. Adénopathie du volume d'une noix,
fixée.

Dose totale : 63 H.

Mort après 9 mois sans ganglions; par
évolution de la lésion primitive.

Obs. 124. Petits ganglions mobiles. Dose : 60 H.
Mort après 15 mois.

4 n'ont pu être revus.

Obs. 26. Petits ganglions mobiles : Dose totale : 38 H.

Obs. 40. Petits ganglions mobiles. Dose totale : 42 H.

Obs. 132. Infiltration cervicale diffuse. Dose totale : 57 H.

Obs. 146. Petits ganglions mobiles. Dose totale : 45 H.

11 cas traités par *télécuriethérapie*, dont :

3 encore *vivants*.

Obs. 53. Petits ganglions mobiles. Dose totale : 441 MCD.

Guérie depuis 23 mois.

Obs. 118. Petite adénopathie mobile. Dose totale : 382,2 MCD.

Guérie depuis 27 mois.

Obs. 169. Petite adénopathie mobile. Dose totale : 382,2 MCD.

Guérie depuis 12 mois.

8 sont *morts*.

Obs. 57. Adénopathie volumineuse fixée.

Dose totale : 646 MCD.

Mort après 10 mois par évolution de la lésion primitive.

Obs. 65. Infiltration diffuse. Dose totale : 765 MCD.

Mort après 5 mois par évolution de la lésion primitive.

Obs. 69. Adénopathie mobile. Dose totale :
559 MCD.

Mort après 15 mois par continuation
de l'évolution primitive et gan-
glionnaire.

Obs. 103. Adénopathie mobile. Dose totale :
437 MCD.

Mort après 6 mois, cause non préci-
sée.

Obs. 116. Adénopathie mobile. Dose totale :
735 MCD.

Mort après 6 mois par évolution de
la lésion primitive.

Obs. 120. Adénopathie mobile, du volume
d'une noisette.

Dose totale : 367,5 MCD.

Mort après 3 mois. Cause non pré-
cisée.

Obs. 134. Adénopathie mobile, du volume
d'une noix.

Dose totale : 588 MCD.

Mort en 12 mois. Cause non précisée.

Obs. 141. Grosse adénopathie mobile.

Dose totale : 530 MCD.

Mort après 4 mois. Cause non pré-
sée.

3 cas traités par *curiethérapie* (appareil moulé
externe), dont :

2 sont *morts*.

Obs. 102. Adénopathie du volume d'un gros œuf, fixée.

Mort par récidence ganglionnaire après 4 mois.

Obs. 81. Petite adénopathie mobile.

Mort par affection pulmonaire, 2 mois après.

1 n'a pas été revu.

Obs. 87. Petite adénopathie mobile.

b) *Une régression importante des adénopathies a été observée dans vingt-quatre cas.*

Sur ces vingt-quatre cas on doit distinguer :
7 cas traités par *röntgenthérapie*, dont :

5 sont *morts*.

Obs. 25. Adénopathie petite et mobile.

Dose totale : 63 H.

Mort de complications pulmonaires après un curage ganglionnaire secondaire.

Obs. 76. Adénopathie volumineuse.

Dose totale : 45 H.

Mort 7 mois après par évolution de la lésion primitive. Un curage ganglionnaire avait été pratiqué secondairement.

Obs. 63. Adénopathie du volume d'une mandarine, fixée.

Dose totale : 50 H.

Mort 12 mois après par évolution de la lésion primitive.

Obs. 67. Grosse adénopathie fixée.

Dose totale : 60 H.

Mort après 4 mois. Cause non précisée.

Obs. 138. Adénopathie volumineuse fixée.

Dose totale : 60 H.

Mort 10 mois après. Cause non précisée.

2 n'ont pu être revus.

Obs. 101. Adénopathie fixée.

Dose totale : 84 H.

Était encore vivant 6 mois après.

N'a pu être revu depuis.

Obs. 113. Volumineuse adénopathie fixée.

Dose totale : 54 H.

12 cas traités par *télécuriethérapie*, dont :

3 sont encore *vivants*.

Obs. 10. Petite adénopathie mobile.

Dose totale : 382 MCD.

Curage ganglionnaire complémentaire 8 mois après.

Guéri depuis 17 mois.

Obs. 45. Adénopathie du volume d'une noix, à la limite de la fixation.

Dose totale : 375 MCD.

Guéri depuis 34 mois.

Obs. 70. Adénopathie du volume d'une noix, fixée.

Dose totale : 499 MCD suivie de curage.

Guérison depuis 24 mois, mais présente actuellement une masse cervicale, contro-latérale fixée.

4 sont *morts*.

Obs. 50. Petite adénopathie mobile.

Dose totale : 588 MCD.

Mort après 6 mois par évolution de la lésion primitive.

Obs. 108. Adénopathie du volume d'un œuf de poule, à la limite de fixation.

588 MCD rendent le curage très facile.

Mort 22 mois après.

Obs. 114. Volumineux ganglions.

Dose totale : 533 MCD.

Mort 6 mois après. Cause non précisée.

Obs. 134. Adénopathie du volume du poing, fixée.

Dose totale : 588 MCD.

Mort 12 mois après. Cause non précisée.

5 n'ont pu être revus.

Obs. 36. Adénopathie volumineuse fixée.

Dose totale : 749 MCD.

Obs. 46. Petits ganglions mobiles.

Dose totale : 420 MCD.

Obs. 48. Petits ganglions mobiles.

Dose totale : 485 MCD.

Obs. 61. Grosse adénopathie à la limite de fixation.

Dose totale : 603 MCD.

Obs. 117. Volumineuse adénopathie, encore mobile.

Dose totale : 676 MCD.

5 cas traités par *curiethérapie* (*appareil moulé externe*), dont :

3 sont *morts*.

Obs. 38. Ganglions fixés.

Mort après 11 mois. Cause non précisée.

Obs. 44. Adénopathie du volume d'une orange, fixée.

Mort 6 mois après. Cause non précisée.

Obs. 98. Volumineuse adénopathie fixée.

Mort à une date non précisée.

2 n'ont pu être revus.

Obs. 79. Adénopathies du volume de noisettes, mobiles.

Obs. 88. Adénopathies du volume de noix, fixées.

c) *Un échec total a été noté dans quatorze cas.*

Sur ces quatorze cas on doit distinguer :

3 cas traités par *röntgenthérapie*.

Ces 3 cas sont *morts*.

Obs. 49. Petits ganglions mobiles.

Dose totale : 55 H suivis de curage.

Mort 9 mois après par évolution de la lésion primitive.

Obs. 100. Petits ganglions mobiles.

Dose nettement insuffisante de 22 H.

Mort 6 mois après.

Obs. 147. Adénopathie du volume d'un œuf de pigeon, fixée.

Dose totale : 51 H.

Mort 5 mois après. Hémorragie de la lésion primitive en évolution.

6 cas traités par *télécuriethérapie*.

6 sont *morts*.

Obs. 6. Volumineuse adénopathie.

Dose totale : 588 MCD.

Mort 18 mois après.

Obs. 24. Petite adénopathie mobile.

Dose totale : 588 MCD.

Mort après 16 mois. Évolution ganglionnaire.

Obs. 83. Petits ganglions mobiles.

Dose totale : 535 MCD.

Mort 12 mois après par envahissement ganglionnaire, juste au-dessous du champ irradié.

Obs. 107. Petits ganglions mobiles.

Dose totale : 588 MCD.

Mort 7 mois après.

Obs. 126. Adénopathie du volume d'une orange fixée.

Dose totale insuffisante de 102 MCD.

Mort en 3 mois.

Obs. 143. Grosse adénopathie fixée.
Dose totale : 470,4 MDC.
Mort en 10 mois.

1 n'a pu être revu.

Obs. 78. Empâtement diffus.
Ganglions 6 mois après.

4 cas traités par curiethérapie (appareil moulé externe), dont :

3 sont morts.

Obs. 59. Petits ganglions mobiles.
Mort 6 mois après.

Obs. 80. Petits ganglions mobiles.
Mort à une date non précisée.

Obs. 91. Petite adénopathie mobile.
Mort à une date non précisée, par
envahissement local et ganglion-
naire.

1 n'a pu être revu.

Obs. 86. Adénopathie du volume d'un œuf de
pigeon, fixée.

En se basant sur le volume des adénopathies et les techniques utilisées, on remarque que :

La roëntgenthérapie a été utilisée vingt et une fois, dont :

9 fois sur de petites adénopathies mobiles, avec :

6 disparitions totales : 66 %.

1 régression importante : 11 %.

2 échecs dont un pour dose insuffisante : 22 %.

3 fois sur de volumineuses adénopathies, encore mobiles, dont :

2 disparitions totales : 66 % (malades encore vivants).

1 Régression importante : 33 %.

9 fois sur des adénopathies fixées, avec :

3 disparitions totales : 33 % (1 malade encore vivant).

5 régressions importantes : 55 %.

1 échec : 11 %.

La télécuriethérapie a été utilisée trente fois, dont :

17 fois sur de petites adénopathies mobiles, avec :

9 disparitions totales : 52 % (3 malades encore vivants).

4 régressions importantes : 23 % (1 malade encore vivant).

4 échecs : 23 %.

7 fois sur de volumineuses adénopathies, encore mobiles, avec :

1 disparition totale : 14 %.

5 régressions importantes : 71 % (1 malade encore vivant).

1 échec : 14 %.

6 fois sur des adénopathies fixées, avec :

1 disparition totale : 16 %.

3 régressions importantes : 50 % (1 malade encore vivant).

2 échecs dont un pour dose insuffisante : 32 %.

La curiethérapie externe, par appareil moulé, a été utilisée douze fois, dont :

6 fois sur de petites adénopathies mobiles, avec :

2 disparitions totales : 32 %.

1 régression importante : 16 %.

3 échecs : 50 %.

6 fois sur des adénopathies fixées, avec :

1 disparition totale : 16 %.

4 régressions importantes : 64 %.

1 échec : 16 %.

On a discuté l'action réelle des agents physiques, en objectant qu'on ne pouvait savoir, en l'absence de biopsie positive, si les adénopathies dont on obtenait la disparition radiothérapique étaient réellement envahies par le néoplasme et s'il ne s'agissait pas uniquement de ganglions inflammatoires ou en état d'hypertrophie fonctionnelle banale.

Cette critique ne nous paraît pas suffisante pour pouvoir nier l'action des agents physiques. On ne fait pas, en pratique, de biopsie ganglionnaire, pour diverses raisons.

D'abord, parce que la biopsie n'a, le plus souvent, pas d'intérêt pour le diagnostic. Tout ganglion dur, au cours d'un néoplasme vérifié histologiquement, et dont la localisation s'accompagne classiquement d'envahissement lymphatique à peu près constant, doit être supposé néoplasique. Et, en fait, la clinique n'est que très rarement en défaut, quand on fait appel à la confirmation histologique.

Ensuite, parce qu'une seule biopsie négative n'a pas de valeur absolue pour nier l'envahissement néoplasique.

Enfin, parce que la biopsie en territoire lymphatique présumé envahi, est totalement différente de la biopsie sur une lésion primitive ulcérée, et ne nous paraît pas, comme celle-ci, absolument dénuée de tout danger d'essaimage.

Les résultats obtenus par la radiothérapie seule sont-ils définitifs ? Nous ne saurions en faire la preuve, car nos observations n'offrent pas le recul de cinq ans, admis en principe, pour affirmer la guérison d'un cancer buccal. Mais il est permis de considérer qu'un épithélioma spinocellulaire, cicatrisé depuis trois à quatre ans, a presque toutes les chances d'être définitivement guéri.

Mais la guérison, même apparente des adénopathies, ne peut être obtenue qu'avec une technique rigoureuse et au prix de fortes doses qui ne sont pas sans danger pour l'état général des malades. Pour ces raisons, la valeur curative des radiations ne peut être utilisée systématiquement dans tous les cas, mais reste soumise à plusieurs réserves. La principale de ces réserves, que nous considérons comme la base fondamentale de l'indication du traitement des adénopathies néoplasiques par la radiothérapie, est la possibilité d'irradier, dans un même champ, le néoplasme primitif et ses adénopathies satellites. Nous reviendrons sur ce point, par la suite.

3. IL Y A DE GROS GANGLIONS, MAIS ENCORE MOBILES

Dans ce cas, le volume important des adénopathies rend plus aléatoire la possibilité de pouvoir utiliser les doses nécessaires à leur destruction.

Sur dix cas de grosses adénopathies mobiles, la radiothérapie nous a permis d'obtenir :

3 disparitions totales dont 2 encore vivants :
30 %.

6 régressions importantes, dont 1 encore vivant :
60 %.

1 échec : 10 %.

Ces résultats sont excellents si l'on considère le volume des adénopathies. Ils sont supérieurs aux résultats que donne, en pareil cas, l'acte opératoire seul.

Nous croyons cependant qu'en règle générale, on aura intérêt à associer la radiothérapie au curage ganglionnaire, dès que les ganglions atteignent un volume supérieur à celui d'une olive. La radiothérapie sera pratiquée, soit avant le curage, à doses modérées, dans le but de rendre plus facilement extirpables des masses ganglionnaires volumineuses, soit après le curage, lorsque l'histologie aura confirmé l'envahissement des ganglions enlevés, ou systématiquement quand l'étendue de l'envahissement lymphatique laisse planer des doutes sur la perfection de l'acte chirurgical accompli.

4. IL Y A DES GANGLIONS VOLUMINEUX, FIXES OU ULCÉRÉS

Sur de telles adénopathies, l'action curative de la radiothérapie doit être considérée comme presque nulle.

Malgré tout, dans certains cas, on pourra l'utiliser à titre palliatif. Elle aidera, parfois, à libérer certaines compressions nerveuses fort douloureuses, à empêcher l'évolution vers la fistulisation.

Mais il faudra être extrêmement prudent dans ses indications, si l'on ne veut pas risquer, parfois, à l'encontre du but recherché, d'aggraver l'état des malades en accélérant le ramollissement et la fistulisation. On se limitera, en pratique, à l'irradiation des adénopathies fixées de faible volume, un œuf de poule est déjà un maximum, et on rejettera formellement les énormes masses et tout ganglion suspect de ramollissement ou à plus forte raison ulcéré.

Dans ces conditions, la radiothérapie assurera aux malades, en plus d'un traitement moral qui entretiendra leur espoir de guérison, une survie presque toujours supérieure à celle que leur procurerait la chirurgie seule, dans les mêmes conditions.

Et ceci justifie pleinement son utilisation. Il y aura lieu, toutefois, de savoir modérer, dans certains cas, l'irradiation de façon à ne pas entraîner de réactions trop sévères, disproportionnées avec l'effet qu'on en attend.

Mais il reste bien entendu que, dans les cas d'adénopathies fixées comme dans tous les autres cas

d'adénopathies, l'utilisation de la radiothérapie est essentiellement subordonnée à la possibilité d'irradiation simultanée du néoplasme primitif et des ganglions.

Dans certains cas d'adénopathies fixées de volume réduit, on aura l'heureuse surprise d'obtenir mieux que des survies passagères.

C'est ainsi que sur vingt et un cas d'adénopathies fixées traitées par la radiothérapie seule, nous avons obtenu :

5 disparitions totales : dont un vivant après
26 mois.

12 régressions importantes : dont un vivant après
24 mois, mais porteur actuellement d'une
adénopathie fixée contro-latérale pour la
quelle il est venu trop tard.

4 échecs.

Ces résultats ne sont pas négligeables et, avec les restrictions précisées, la radiothérapie nous paraît le traitement de choix de ces formes ganglionnaires.

B. — LA LOCALISATION, DE LA LÉSION PRIMITIVE

La localisation de la lésion primitive est un facteur capital dans le traitement des adénopathies secondaires. Elle domine la radiosensibilité ganglionnaire, et surtout la possibilité d'irradier en un seul champ la lésion initiale et ses adénopathies satellites. Elle détermine, enfin, la localisation des atteintes ganglionnaires.

1. LA RADIOSENSIBILITÉ DES ADÉNOPATHIES

Certaines localisations néoplasiques s'avèrent, pour des raisons encore mal précisées, plus radiosensibles que d'autres. Et ceci, même avec des formules histologiques identiques. Tel est le cas des épithéliomas de la base linguale, dont la destruction nécessite, parfois, des doses radiothérapiques inférieures à celles nécessaires pour obtenir le même résultat sur d'autres localisations.

Cette radiosensibilité se retrouve, en principe, dans les métastases de ces tumeurs, et en particulier dans leurs adénopathies. Mais, en fait, il est bien souvent difficile de trouver une différence sensible et on se trouvera bien dans la majorité des cas, en ne changeant rien aux doses habituelles.

Il y a lieu également de faire remarquer que radiosensibilité ne veut pas dire curabilité. Les statistiques tardives des bases de langue sont notamment assez décevantes et les guérisons, après cinq ans, ne dépassent guère 8 à 10 % (Cros).

2. LA POSSIBILITÉ D'IRRADIATION SIMULTANÉE DU NÉOPLASME PRIMITIF ET DE SES ADÉNOPATHIES SATELLITES

La possibilité de traiter, dans un même champ d'irradiation, la lésion buccale et ses adénopathies secondaires, nous paraît un point capital du traitement de ces adénopathies. C'est cette possibilité qui domine les indications de la radiothérapie.

En effet, même dans les cas où l'on croit à l'action curative des radiations sur des ganglions néoplasiques, on est souvent gêné par des difficultés balistiques.

Des champs trop multipliés, avec les fortes doses nécessaires, retentissent, en effet, de façon souvent dangereuse, sur l'état général de malades déjà fort éprouvés par le traitement de leur lésion primitive.

Cet inconvénient fondamental disparaît dès que les adénopathies sont assez rapprochées de la localisation primaire pour pouvoir être irradiées dans le même champ. C'est, en particulier, le cas des localisations de la base de la langue, du pharynx buccal, des amygdales, de l'épiglotte.

Mais c'est aussi le cas de certaines localisations des bords de la langue et du plancher buccal, accompagnées d'adénopathies sous-maxillaires.

3. LE SIÈGE DES ADÉNOPATHIES

Certaines adénopathies, par leur situation anatomique, sont inaccessibles au curage chirurgical. Tel est le cas des ganglions rétropharyngiens, décrits pour la première fois par Most.

Ces ganglions, constants chez le nouveau-né, sont en nombre très variable, rarement plus de cinq. Ils s'atrophient parfois en partie chez l'adulte, mais persistent toujours au moins d'un côté. Leur absence totale est exceptionnelle.

Les relais lymphatiques rétro-pharyngiens sont, pratiquement, constamment envahis au cours des néoplasmes du pharynx. Très souvent ils sont atteints pendant l'évolution des épithéliomas de l'amygdale.

Leur envahissement serait également très fréquent dans les néoplasmes de la base linguale (DUCUING), grâce à l'existence de larges anastomoses des lymphatiques de la base de la langue avec les lymphatiques amygdaliens, au niveau du sillon amygdalo-glosse.

Mais cette voie ganglionnaire accessoire, décrite par DESCOMPS et J. MOURE, n'a pas été retrouvée par ROUVIÈRE et est loin d'être admise par tous les chirurgiens.

On conçoit, dans ces conditions, qu'un curage ganglionnaire, qui n'a pas la certitude de pouvoir extirper toutes les métastases lymphatiques, ne peut donner que des garanties curatives bien incertaines.

La radiothérapie, qui permet d'atteindre absolument tous les points du réseau lymphatique, reste donc ici le seul mode de traitement logique. Et ceci d'autant plus que les localisations de l'amygdale, du pharynx et de la base de la langue, offrent, comme nous l'avons déjà vu, la circonstance favorable de la possibilité d'un champ radiothérapique unique.

Certains auteurs (DUCUING), ont également émis des réserves sur l'efficacité du curage ganglionnaire dans les cancers de la lèvre supérieure, en se basant sur l'existence de relais lymphatiques, non seulement sous-maxillaires, mais aussi géniens et parotidiens. Mais il faut reconnaître que l'envahissement de ces relais accessoires est cliniquement exceptionnel et que seuls les ganglions sous-maxillaires sont pratiquement atteints.

C. — LA TECHNIQUE A UTILISER

Pour assurer des résultats satisfaisants, les agents physiques doivent être utilisés suivant des techniques bien précises. Nous étudierons successivement les diverses techniques d'application, de la curiethérapie d'abord, de la roentgenthérapie ensuite.

1. LA CURIETHERAPIE

L'usage du radium, dans la lutte contre les envahissements néoplasiques secondaires des ganglions lymphatiques, est préconisé par un très grand nombre d'auteurs, de préférence à la roentgenthérapie.

Cette préférence est basée sur divers avantages attribués à la curiethérapie :

On a, tout d'abord, prétendu que le rayonnement gamma était plus électif que les rayons X envers les éléments néoplasiques, c'est-à-dire que la curie-sensibilité d'une cellule néoplasique donnée était plus élevée que la roentgen-sensibilité de la même cellule. Mais cette hypothèse de l'action élective des radiations suivant leur longueur d'onde, est actuellement à peu près abandonnée, et on sait que l'action des radiations est uniquement fonction de la quantité d'énergie absorbée par les tissus. Or, la quantité d'énergie transmise à des lésions plus ou moins profondément situées sous des tissus sains, est essentiellement variable suivant la longueur d'onde du rayonnement incident. Le taux de transmission en profondeur d'un rayonnement de courte longueur d'onde, comme c'est

le cas du rayonnement gamma, est supérieur, à distance d'irradiation et à dose de surface égales, au taux de transmission d'un rayonnement de plus grande longueur d'onde comme les rayons X. C'est ce qui avait pu faire croire à une action plus électivement anti-néoplasique du rayonnement du radium.

La curiethérapie est, d'autre part, moins dangereuse pour la peau, à doses comparables, que la roentgenthérapie, ce qui est encore une conséquence de la grande pénétration du rayonnement gamma.

Enfin, certains auteurs, partisans d'une technique d'irradiation à faible intensité et continue ont trouvé dans la curiethérapie le mode d'application idéal de leur méthode préférée. Nous reviendrons plus loin sur cette question de l'étalement des doses.

Mais ces avantages de la curiethérapie ont pour contre-partie quelques inconvénients :

Avant tout, la difficulté qu'on a à irradier les lésions à une assez grande distance, sans prolonger de façon trop considérable la durée des traitements. Cette irradiation à forte distance apparaît comme indispensable dans le traitement curiethérapique des adénopathies d'un certain volume. La technique actuelle tend d'ailleurs, de plus en plus, à augmenter cette distance, soit en utilisant des appareils moulés placés à six centimètres ou plus de la peau, soit avec l'aide de bombes de radium permettant l'irradiation à une dizaine de centimètres.

Mais la question distance n'est pas le seul élément important en curiethérapie ; il y a aussi et surtout la question de la dose optimum et de l'étalement de cette

dose. La détermination des doses utiles exige une très grande expérience, car elle est fonction, non seulement de facteurs physiques, mais aussi de facteurs biologiques dont l'appréciation est particulièrement délicate.

L'utilisation de la curiethérapie, dans le traitement des adénopathies néoplasiques, peut se faire suivant trois techniques différentes :

a) La curiepuncture.

Le traitement des ganglions cancéreux par implantation d'éléments radio-actifs, n'est encore pratiqué de façon courante qu'en Amérique. Suivant les cas, cette curiepuncture est transcutanée ou pratiquée à la faveur d'une incision des téguments destinée à faciliter l'accès des adénopathies.

Les indications de cette irradiation interstitielle sont d'ailleurs variables suivant les auteurs :

PERUSSIA la réserve presque uniquement aux adénopathies facilement accessibles, comme c'est le cas, par exemple, dans les atteintes des ganglions sous-maxillaires.

Stanford CADE l'utilise, de préférence, dans les adénopathies volumineuses ou fixées, comme premier temps, avant une exérèse ou une irradiation externe.

D'autres auteurs, enfin, n'ont recours à la curiepuncture que dans les cas de ganglions fixés. CLARSON, BARKER et QUICK, comme complément d'une roëntgenthérapie à fortes doses. DUFFY, HALL, MELAND, après irradiation externe, puis curage ganglionnaire,

implantent des aiguilles radioactives dans les zones encore suspectes.

La curiepuncture ganglionnaire n'est pas utilisée au Centre Anticancéreux de Lyon où elle apparaît comme méthode insuffisante, imprécise et dangereuse.

Elle est imprécise, car il est à peu près impossible de placer correctement les aiguilles dans les adénopathies, même lorsqu'on opère sur des ganglions découverts.

Elle est insuffisante, dès que le volume des adénopathies est important et surtout elle ne permet pas une homogénéité suffisante de l'irradiation.

Elle est dangereuse dans les adénopathies cervicales en raison du voisinage immédiat du paquet vasculo-nerveux.

Par ailleurs, les résultats quelle donne nous paraissent inférieurs à ceux qu'on peut obtenir par les seules irradiations externes.

La seule indication de la curiepuncture qui nous paraisse intéressante est le traitement des adénopathies fixées. Encore faut-il que le nombre de ces adénopathies soit assez réduit et que la mise en place des aiguilles soit effectuée sur des ganglions mis à nu par incision des plans cutanés. La curiepuncture, dans ce cas, ne sera d'ailleurs que le premier temps précédant une irradiation externe.

Les aiguilles de 10 à 20 mcd seront placées à la périphérie des ganglions, à 2 ou 3 cm. les unes des autres. La dose à appliquer sera, en principe, de 1,5 à 1,8 MCD par centimètre cube de tumeur. Mais il est extrême-

ment difficile de placer correctement les aiguilles et d'apprécier exactement le volume de la tumeur. Nous n'avons, pour notre part, aucune expérience de cette technique.

b) La curiethérapie externe par appareil moulé.

Ce procédé nous paraît bien supérieur à la curiepuncture ; c'est d'ailleurs, même en Amérique, l'opinion de certains auteurs (SIMPSON, KAPLAN).

La curiethérapie externe a des indications nombreuses ; elle est parfois utilisée seule comme traitement curatif des adénopathies de petit volume et mobiles. Plus souvent, elle prépare des adénopathies fixées, ou à la limite de fixation, à un curage chirurgical. Mais sa principale indication reste l'irradiation post-opératoire lorsque l'histologie des ganglions enlevés a été positive ou systématiquement quand les ganglions étaient volumineux..

Nous distinguerons, au point de vue résultats, deux modes d'application de la curiethérapie externe par appareil moulé.

La curiethérapie à faible distance, pratiquée à 4 cm en moyenne des téguments, et à foyers radioactifs rapprochés, nous a donné les résultats suivants :

Utilisée seule dans 12 cas, elle a permis d'obtenir :

Sur 6 cas de petits ganglions mobiles :

2 disparitions totales : 32 %.

1 régression importante : 16 %.

3 échecs : 50 %.

Sur 6 cas d'adénopathies fixées :

1 disparition totale : 16 %.

4 régressions importantes : 64 %.

1 échec : 16 %.

Utilisée comme complément du curage chirurgical, elle a donné :

Sur 4 cas de petits ganglions mobiles :

2 guérisons.

2 morts.

Sur 3 cas de gros ganglions encore mobiles :

3 morts.

Sur 2 cas de ganglions fixés :

1 guérison.

1 mort.

Ces résultats sont assez satisfaisants en ce qui concerne la curiethérapie post-opératoire. Mais, dans les cas où la curiethérapie a été utilisée seule dans un but curatif, ils sont nettement inférieurs à ceux obtenus, dans des cas identiques, par la télécuriethérapie ou la roëntgenthérapie.

La Curiethérapie à grande distance, pratiquée à 8 ou 9 cm, en moyenne, et à foyers éloignés, nous paraît infiniment supérieure à la technique précédente. Nous l'utilisons depuis trop peu de temps, au Centre Anticancéreux de Lyon, pour pouvoir, dès maintenant, en citer les résultats, mais elle nous a déjà permis d'obtenir des résultats immédiats remarquables dans de volumineuses adénopathies même fixées et au-dessus des ressources chirurgicales.

Les avantages de cette technique sont surtout

marqués dans les irradiations curatives, d'autant plus que l'adénopathie est plus volumineuse. Mais les irradiations post-opératoires peuvent également bénéficier de l'éloignement des foyers, contrairement à l'opinion de certains auteurs (S. LABORDE) qui estiment que, dans ce cas, l'irradiation à plus de 4 cm est inutile.

Mais la distance n'est pas seule en cause dans les résultats obtenus. La question dose et étalement de la dose apparaît également importante.

Il n'est pas possible de préciser par des chiffres les doses à utiliser en curiethérapie. Ces doses sont, en effet, essentiellement variables. Elles dépendent d'abord de conditions physiques, distance d'irradiation, surface et volume à irradier, disposition, puissance et nombre des foyers radioactifs. Mais les doses dépendent encore plus de facteurs d'ordre biologique particulièrement difficiles à apprécier et pour lesquels l'expérience du thérapeute joue le plus grand rôle. La notion des 2 millicuries $\frac{1}{2}$ à détruire par centimètre carré de surface à traiter est une donnée imprécise qui ne saurait être appliquée aveuglément dans tous les cas. Elle ne peut correspondre qu'à des données physiques et à des lésions bien précises, sans lesquelles elle n'a aucune valeur. Pour ces raisons nous n'avons jamais, dans nos observations, précisé de doses utilisées en curiethérapie, sans ajouter, autant que possible, les conditions de l'irradiation et l'étendue des lésions.

Quant à l'étalement de la dose, il ne saurait être, lui aussi, précisé de façon absolue. On sait que le trai-

tement ne peut être trop court sans risques de récidives, mais l'extension trop grande de sa durée n'est pas non plus sans danger. Un traitement trop long diminue progressivement la radiosensibilité des éléments néoplasiques et augmente, au contraire, la sensibilité des tissus sains et ceci de façon indélébile. Un étalement d'une vingtaine de jours, par champ, dans le cas, habituel, des épithéliomas spino-cellulaires nous paraît suffisant. Il pourra être porté jusqu'à une trentaine de jours dans les cas d'adénopathies particulièrement volumineuses.

L'application sera avantageusement discontinuë si l'on veut qu'elle soit bien supportée. L'appareil sera laissé pendant le jour durant dix à douze heures et enlevé la nuit. Nous ne pensons pas que l'application absolument continue ait quelque avantage sur l'irradiation discontinuë.

c) La télécuriethérapie.

L'utilisation de très fortes quantités de radium, appliquées à plus de 10 cm des plans cutanés, s'est considérablement répandue au cours de ces dernières années. Les premiers essais ont été faits à l'étranger par LAZARUS, BARLOW et S. RUSS en 1919, puis FRIEDRICH, FAILLA en 1920, KROENIG en 1923, MALLET et COLLIEZ en 1924. On crut voir dans cette technique un important perfectionnement de la curiethérapie et ce fut entre les centres anticancéreux une véritable course aux armements avec des quantités de radium de 2, 3 et jusqu'à 10 grammes. Mais la télé-

curiethérapie, bien qu'elle marquât un avantage réel sur la curiethérapie à faible distance, ne paraît pas avoir répondu entièrement à ce qu'on attendait d'elle.

Nous utilisons au Centre Anticancéreux de Lyon une bombe de 2 grammes de radium, filtré par 1 millimètre de platine et irradiant à 10 centimètres un champ de 10 centimètres de côté. Deux irradiations de une heure sont pratiquées chaque jour, soit 15 MCD par heure. Une dose totale de l'ordre de 300 MCD par champ est généralement pratiquée.

La télécuriethérapie nous a donné les résultats suivants, dans quarante et un cas où elle a été utilisée :

30 fois elle a été utilisée seule, dont :

17 fois sur de petites adénopathies, mobiles,
avec :

9 disparitions totales : 52 %.

4 régressions importantes : 23 %.

4 échecs : 23 %.

7 fois sur de grosses adénopathies encore mobiles ; avec :

1 disparition totale : 14 %.

5 régressions importantes : 71 %.

1 échec : 14 %.

6 fois sur des adénopathies fixées, dont :

1 disparition totale : 16 %.

3 régressions importantes : 50 %.

2 échecs, dont un pour dose insuffisante de
100 MCD : 32 %.

1 fois elle a précédé le curage, dont :

3 fois pour de petits ganglions mobiles, avec :
1 guérison.

2 morts, dont un des suites du curage.

1 fois pour de gros ganglions mobiles, avec :
1 mort.

7 fois elle a complété le curage, dont :

3 fois pour de petits ganglions mobiles, avec :
3 morts, dont un pour dose insuffisante :
30 MCD.

3 fois pour de gros ganglions mobiles, avec :
1 guérison.

2 morts.

1 fois pour une adénopathie fixée, avec :
1 mort.

Les résultats sont assez satisfaisants dans les cas où la télécuriethérapie a été utilisée seule comme traitement curatif. Ils sont en tout cas infiniment supérieurs à ceux obtenus, dans des cas identiques, par les appareils moulés.

Quant aux résultats de l'irradiation post-opératoire, ils sont sensiblement identiques avec les deux techniques de curiethérapie. Les légères différences sont en faveur de la curiethérapie par appareil moulé, peut-être en raison d'un étalement plus favorable de la dose.

Les améliorations à la technique de la télécuriethérapie, surtout dans ses indications curatives des adénopathies, paraissent devoir être recherchées dans le

sens d'une augmentation de la quantité de radium utilisée.

Le taux de transmission et l'homogénéité de l'irradiation seraient ainsi accrus, sans augmentation prohibitive de la durée des séances de traitement. Les grosses adénopathies, surtout, bénéficieraient de ces améliorations.

Mais cette évolution se heurte à de grosses difficultés.

Difficultés financières, tout d'abord, car les doses de radium nécessaires immobiliseraient des capitaux considérables. C'est ainsi que pour une irradiation à 30 cm seulement, la quantité de radium nécessaire devrait se compter par dizaines de grammes.

Mais aussi, difficultés de protection du malade et des manipulateurs de la bombe. La protection efficace contre le rayonnement de quelques grammes de radium nécessite déjà une paroi de plomb d'une dizaine de centimètres. Avec une telle protection, le rayonnement, en dehors du champ irradié, est d'environ les $4/1000^{\text{es}}$ du rayonnement total. Pour diminuer de moitié ces fuites, il faudrait doubler l'épaisseur de la paroi de plomb. On conçoit que, dans ces conditions, la même protection, contre des quantités de radium de quelques dizaines de grammes, devient extrêmement difficile.

2. LA RÖENTGENTHÉRAPIE

La roentgenthérapie a acquis, au cours de ces dernières années, surtout à la suite des remarquables tra-

vaux de COUTARD, REGAUD, une place de choix dans le traitement des adénopathies cancéreuses.

Le principal avantage des rayons X est de permettre, au maximum, une distribution homogène de l'irradiation, condition importante de succès. Cette homogénéité est obtenue par l'utilisation d'une distance foyer-peau de plus en plus grande, grâce à la puissance, toujours croissante, des installations modernes de roentgenthérapie. C'est ainsi qu'on utilise couramment, à l'heure actuelle, des distances de 50 et jusqu'à 80 centimètres.

On a pu reprocher à la roentgenthérapie de donner des réactions cutanéomuqueuses plus graves que la curiethérapie. En réalité, cette objection nous paraît relative, car, à doses égales, les différences qu'on peut observer entre les réactions cutanéomuqueuses dues aux rayons X et celles dues au radium, sont assez faibles avec des techniques correctes.

Comme pour la curiethérapie, les techniques utilisées en roentgenthérapie sont extrêmement variables.

Nous ne ferons que citer l'irradiation ganglionnaire à dose massive sans filtration, pratiquée après ouverture d'un volet cutané (Méthode de COSTES). Cette méthode nous paraît devoir être rejetée comme absolument contraire aux connaissances radio-biologiques actuelles sur le cancer.

Les variantes de technique portent d'abord sur les tensions utilisées.

La majorité des auteurs reste fidèle à la tension classique de 200 kilovolts.

Certains (Américains surtout) préconisent des ten-

sions encore plus élevées de 300 et jusqu'à 1.000 KV., mais, malgré leur enthousiasme du début, il ne semble pas qu'on puisse conclure à une supériorité évidente de cette méthode.

D'autres, enfin, avec COLLIN, donnent leur préférence, mais pour la roentgenthérapie prophylactique seulement, aux rayons peu pénétrants obtenus avec des tensions de l'ordre de 120 KV.

Les filtres utilisés s'échelonnent entre 5 et 20/10^{es} de millimètre de cuivre. Au-dessus de 20/10^{es}, les mesures montrent que le taux de transmission ne subit plus qu'une augmentation négligeable.

Les variations de la dose et de l'étalement utilisés, suivant les auteurs, sont plus limitées.

Les fortes doses de 300 à 500 r, répétées tous les deux à trois jours, sont peu utilisées en matière d'adénopathies, car elles ne permettent pas de donner des doses suffisantes, sans avoir des réactions locales ou générales trop graves.

On utilise actuellement, de façon à peu près universelle, la méthode de COUTARD ou de variantes approchées. C'est, en particulier, cette technique que nous utilisons au Centre Anticancéreux de Lyon.

Nous rappellerons, brièvement, les deux points essentiels de cette méthode :

D'abord ses conditions techniques, avec l'utilisation de tensions de l'ordre de 200 KV, une filtration de 20/10 mm de cuivre et une grande distance focale variant de 50 cm au minimum à 80 cm. Les autres conditions d'application sont naturellement variables suivant le siège et l'étendue des lésions. C'est le cas,

de l'étendue des champs, de leur forme et de leur nombre.

Ensuite et surtout, ses conditions de chronologie des irradiations qui ont, entre autres, pour but de pouvoir administrer une dose maximum avec un minimum de réaction locales et générales. Une dose de 200 à 300 r est donnée chaque jour, de préférence en deux fois, par exemple 150 r le matin et 150 r le soir. Vers le quatorzième jour après une dose totale de 3.500 à 4.000 r, on voit apparaître la radio-épithélite. La durée totale du traitement est variable avec le volume et la variété anatomo-pathologique du cancer. Elle est de 25 à 35 jours pour un épithélioma spino-cellulaire de volume moyen, de 35 à 40 jours pour un spino-cellulaire volumineux et peut atteindre 70 jours pour un épithélioma glandulaire.

Cette méthode sur laquelle on trouvera de plus amples renseignements dans les publications, aujourd'hui classiques, de COUTARD, nous a donné les résultats suivants :

21 fois elle a été utilisée seule, dont :

9 fois pour de petites adénopathies mobiles, avec :

6 disparitions totales : 66 %.

1 régression importante : 11 %.

2 échecs, dont un pour dose insuffisante : 22 %.

3 fois pour de volumineuses adénopathies, mobiles, avec :

2 disparitions totales : 66 %.

1 régression importante : 33 %.

9 fois sur des adénopathies fixées, avec :

3 disparitions totales : 33 %.

5 régressions importantes : 55 %.

1 échec : 11 %.

5 fois elle a précédé le curage, dont :

3 fois pour de petites adénopathies mobiles, avec :

1 guérison.

2 morts.

2 fois pour de grosses adénopathies, mobiles, avec :

2 morts.

8 fois elle a suivi le curage, dont :

2 fois pour de petits ganglions mobiles, avec :

1 guérison.

1 mort.

3 fois pour de gros ganglions, mobiles, avec :

1 guérison.

2 morts.

3 fois pour des ganglions fixés, avec :

1 guérison.

2 morts.

Ces résultats confirment l'excellente valeur de la roentgenthérapie utilisée seule dans un but curatif et ses résultats sensiblement égaux à ceux de la curiethérapie comme traitement complémentaire post-opératoire.

3. CURIETHÉRAPIE ET ROENTGENTHÉRAPIE ASSOCIÉES

Dans certains cas, on a préconisé l'utilisation combinée de la curiethérapie et de la roentgenthérapie.

C'est une méthode qui, au premier abord, apparaît comme assez dangereuse en exposant certaines régions à de dangereux excès d'irradiation. L'équivalence des doses est difficile à évaluer et la mesure exacte des doses curiethérapiques n'est guère possible. Néanmoins, en pratique, pour des commodités d'irradiation, on pourra être amené à combiner les méthodes ; on devra toujours le faire avec prudence.

En tout cas, il ne faut jamais pratiquer d'irradiation externe des territoires ganglionnaires au cours d'une curiepuncture de la lésion primitive. Les zones avoisinant les aiguilles se trouveraient soumises, par rayonnement secondaire, à des surdoses dangereuses, génératrices de nécroses des tissus mous et même des os.

II. LES INCONVÉNIENTS DE LA RADIOTHÉRAPIE

Les inconvénients de la radiothérapie ganglionnaire tiennent, avant tout, à la multiplicité des champs nécessaires et à la gêne apportée au curage ganglionnaire chirurgical ultérieur.

A. — LA MULTIPLICITÉ DES CHAMPS

La multiplicité des champs habituellement nécessaires, pour le traitement d'une lésion néoplasique buccale et de ses adénopathies secondaires, limite considérablement les indications de la radiothérapie ganglionnaire curative.

La nécessité d'utiliser plusieurs champs est imposée par des considérations balistiques. D'une part, il est souvent difficile de trouver une orientation du rayonnement qui permette d'irradier, de façon satisfaisante, dans un même champ, le néoplasme primaire et ses territoires ganglionnaires. D'autre part, l'irradiation complète de toute une région cervicale, souvent nécessaire, impose l'utilisation de plusieurs champs étagés, si l'on veut, ce qui est essentiel, avoir une répartition bien homogène du rayonnement.

De plus, comme nous l'avons vu, chacun de ces champs devra recevoir une dose importante.

La multiplicité des champs et les fortes doses nécessaires créent de nombreux inconvénients :

Le traitement est long et onéreux.

L'état général est très éprouvé et souvent dange-

reusement compromis. Nous ne ferons que citer brièvement les accidents classiques dus à la radiothérapie à fortes doses : Anémie (obs. 89). Mal des rayons avec tous ses degrés, accidents cardio-vasculaires (COUTARD et LAVEDAN) (obs. 41 et 180). Diminution de la résistance aux infections (obs. 33-34-51 entre autres). Accidents cutanés, et surtout muqueux, créant une dysphagie par laquelle l'état général est indirectement touché.

Ces accidents dépendent, pour beaucoup, de la dimension des champs d'irradiation et du volume des tissus irradiés, mais aussi de l'âge et de l'état général antérieur du sujet.

B. — LA GÊNE APPORTÉE AU CURAGE GANGLIONNAIRE

On a accusé les agents physiques de gêner considérablement toute intervention chirurgicale pratiquée sur un territoire anciennement irradié. En particulier, dans le cas du curage cervical qui nous intéresse plus spécialement ici, la radiothérapie créerait trois ordres de difficultés.

D'abord, une disparition des plans de clivage rendant très laborieuse, sinon impossible, toute technique précise.

Ensuite des difficultés d'hémostase dans des tissus ayant subi une grosse transformation fibreuse. Cette difficulté rendrait nécessaire l'emploi d'un drainage qui retarderait la cicatrisation de la plaie du curage.

Enfin, des troubles trophiques importants, rendant

très aléatoire la cicatrisation des plans superficiels et pouvant même aller jusqu'à provoquer des nécroses secondaires.

Il nous a été donné d'assister à de nombreux curages ganglionnaires sur des régions cervicales ayant subi une irradiation intense. Nous avons, d'autre part, demandé à ce sujet l'avis des assistants chirurgicaux du Centre Anticancéreux de Lyon. Il semble qu'en réalité l'intervalle qui sépare l'irradiation du curage a une très grosse importance sur la nature et l'intensité de la gêne apportée à l'intervention chirurgicale.

Quand le curage ganglionnaire est pratiqué dans les six premiers mois qui suivent la radiothérapie, il n'existe aucune difficulté particulière. Les plans anatomiques se clivent assez facilement. Les tissus saignent un peu moins, ce qui facilite l'hémostase, et la vascularisation reste suffisante pour assurer une très bonne vitalité aux lambeaux cutanés. Les troubles trophiques post-opératoires sont absolument exceptionnels.

Quand le curage ganglionnaire est fait, au contraire, plus de six mois après l'irradiation, il existe des difficultés de clivage des plans anatomiques, mais qui ne sont que rarement de nature à interdire un acte opératoire satisfaisant. Les quelques difficultés d'hémostase sont résolues par l'emploi de la diathermo-coagulation. Quant aux troubles trophiques, ils restent secondaires si l'on prend les précautions nécessaires, en particulier si l'on évite l'emploi d'antiseptiques trop forts. Les nécroses secondaires sont rares et nous n'en avons noté qu'un cas sur plus de cinq ans.

CHAPITRE II

LA CHIRURGIE

Nous étudierons successivement, d'abord les avantages du curage ganglionnaire chirurgical avec les résultats qu'il nous a donnés, puis ses inconvénients et ses limites de possibilité ; enfin sa technique et plus spécialement certains détails opératoires auxquels nous attachons une grande importance.

I. — SES AVANTAGES

Le curage ganglionnaire cervical, tel qu'il est actuellement pratiqué, offre des garanties curatives importantes.

Les résultats réels du curage, comme les résultats de la radiothérapie, sont très difficiles à apprécier en dehors des cas, peu nombreux, où l'on est absolument sûr de la guérison du néoplasme primitif.

Voici, résumés, les résultats obtenus par le curage ganglionnaire dans le traitement des adénopathies néoplasiques secondaires à des épithéliomas de la cavité buccale, lèvres exceptées :

A. *Le curage ganglionnaire a été utilisé seul dans dix-huit cas, dont :*

10 *cas de petites adénopathies mobiles :*

3 *sont encore vivants :*

Obs. 14. Curage cervical total. Histologie positive.

Vivant 12 mois après, mais reprise récente de l'évolution de la lésion primitive.

Obs. 35. Curage cervical total. Histologie positive.

Vivant 18 mois après.

Obs. 168. Curage cervical total. Histologie positive.

Vivant 14 mois après.

5 *sont morts :*

Obs. 17. Curage cervical total. Histologie positive.

Mort 17 mois après.

Obs. 18. Curage cervical total. Histologie négative.

Mort 30 mois après.

Obs. 94. Curage cervical total. Histologie négative.

Mort 15 mois après avec une récurrence ganglionnaire contro-latérale.

Obs. 154. Curage cervical total. Histologie négative.

Mort de complications pulmonaires à la suite du curage.

Obs. 155. Curage cervical total. Histologie positive.

Récidive ganglionnaire.

Mort 11 mois environ après.

2 n'ont pu être revus :

Obs. 1. Adénopathies du volume d'olives, mobiles.

Curage cervical total. Histologie positive.

Obs. 68. Curage cervical total. Histologie négative.

8. *Cas d'adénopathies fixées :*

1 est encore *vivant*.

Obs. 166. Petite adénopathie fixée.

Curage cervical total. Histologie positive.

Vivant 18 mois après.

7 sont *morts* :

Obs. 7. Grosse adénopathie fixée.

Curage cervical total. Histologie positive.

Mort 4 mois après par envahissement de la lésion primitive.

Obs. 8. Adénopathie fixée.

Curage cervical total double. Histologie positive.

Mort au cours d'un curage.

Obs. 23. Adénopathie du volume d'une mandarine, fixée.

Curage cervical total. Histologie positive.

Mort 2 mois après.

Obs. 39. Volumineuse adénopathie à la limite de fixation.

Curage cervical total. Histologie positive.

Mort 18 mois après.

Obs. 66. Énorme adénopathie fixée.

Curage cervical total. Histologie positive.

Mort 2 mois après.

Obs. 110. Énorme adénopathie, fixée et ulcérée.

Curage cervical incomplet.

Mort 1 mois après.

Obs. 164. Adénopathie fixée.

Curage cervical total. Histologie négative.

Mort 5 mois après.

B. *Le curage ganglionnaire et la radiothérapie ont été associés dans quarante-trois cas.*

Dans 9 cas la radiothérapie a été faite avant le curage :

6 fois pour de petits ganglions mobiles, dont :

1 est encore vivant :

Obs. 10. Télécuriethérapie : 382,2 MCD, puis curage cervical total. Histologie positive.

Vivant 17 mois après.

4 sont *morts* :

Obs. 24. Télécuriethérapie : 588 MCD, puis curage cervical total. Histologie négative.

Mort 16 mois après d'évolution ganglionnaire.

Obs. 25. Rœntgenthérapie : 63 H, puis curage cervical total.

Histologie non précisée.

Mort de complications pulmonaires après le curage.

Obs. 33. Télécuriethérapie : 353 MCD, puis curage cervical total. Histologie positive.

Mort des suites du curage.

Obs. 49. Rœntgenthérapie : 55 H, puis curage sous-maxillaire unilatéral. Histologie négative.

Mort 9 mois après par continuation d'évolution de la lésion primitive.

1 n'a pu être revu.

Obs. 80. Curiethérapie par appareil moulé, puis curage cervical gauche. Histologie négative.

3 fois pour de gros ganglions mobiles, dont :

2 sont *morts* :

Obs. 76. Volumineuse adénopathie mobile.

Rœntgenthérapie : 45 H, puis curage cervical total. Histologie positive.

Mort 7 mois après par continuation
d'évolution de la lésion primitive.

Obs. 95. Adénopathie du volume d'une grosse
olive, mobile.

Télécuriethérapie : 294 MCD, puis
curage cervical total. Histologie
positive.

Mort 8 mois après.

1 n'a pu être revu :

Obs. 117. Volumineuse adénopathie mobile.

Télécuriethérapie : 676 MCD, puis
curage cervical total. Histologie
positive.

*Dans huit cas la radiothérapie a été faite avant et après
le curage :*

3 fois pour de petits ganglions mobiles, dont :

1 est encore vivant :

Obs. 47. Roentgenthérapie : 21 H, puis curage
cervical total. Histologie positive.
Enfin, curiethérapie par appareil
moulé.

Vivant 34 mois après.

1 est mort :

Obs. 83. Télécuriethérapie : 353 MCD, puis
curage cervical total. Histologie
positive. Enfin roentgenthérapie :
38 H.

Mort 12 mois après avec envahisse-
ment de la cicatrice du curage cer-
vical.

1 n'a pu être revu :

Obs. 78. Télécuriethérapie : 588 MCD, puis curage cervical total. Histologie positive. Enfin télécuriethérapie 367,5 MCD.

3 fois pour de gros ganglions encore mobiles, dont :

3 sont morts :

Obs. 6. Volumineux ganglions mobiles.

Télécuriethérapie : 588 MCD, puis curage cervical total. Histologie positive. Enfin curiethérapie par appareil moulé.

Mort 18 mois après par évolution de la lésion primitive.

Obs. 77. Adénopathie du volume d'une grosse noix, à la limite de fixation.

Röntgenthérapie : 12 H, puis curage cervical total.

Histologie positive. Enfin roentgenthérapie : 69 H.

Mort 6 mois après par évolution de la lésion primitive.

Obs. 108. Adénopathie du volume d'un œuf de poule, à la limite de fixation.

Télécuriethérapie : 588 MCD, puis curage cervical total. Histologie positive. *Récidive*. Curage complémentaire puis roentgenthérapie : 15 H.

Mort 22 mois après.

2 fois pour des ganglions fixés, dont :

2 sont vivants.

Obs. 9. Ganglion du volume d'un œuf de poule, fixé.

Télécuriethérapie : 529 MCD, puis curage cervical total.

Histologie négative. Enfin curiethérapie par appareil moulé.

Vivant 18 mois après.

Obs. 70. Adénopathie du volume d'une noix, fixée.

Télécuriethérapie : 499 MCD, puis curage cervical total.

Histologie positive. Enfin télécuriethérapie : 368 MCD.

Vivant 24 mois après, mais récurrence ganglionnaire cervicale contrôlée fixée.

Dans vingt-six cas la radiothérapie a été faite après le curage.

9 fois pour de petits ganglions mobiles, dont :

2 sont encore vivants :

Obs. 58. Curage cervical total. Histologie négative.

Curiethérapie par appareil moulé

Vivant 12 mois après.

Obs. 136. Curage sous-maxillaire bilatéral. Histologie positive.

Röntgenthérapie : 65 H.

Vivant 21 mois après.

6 sont morts :

Obs. 28. Curage cervical total. Histologie positive.

Télécuriethérapie : 294 MCD.

Mort 5 mois après.

Obs. 30. Curage cervical total. Histologie positive.

Télécuriethérapie insuffisante : 30 MCD.

Mort 6 mois après.

Obs. 34. Curage cervical total. Histologie positive.

Curiethérapie par appareil moulé.

Mort 2 mois après d'un érysipèle.

Obs. 73. Curage cervical total. Histologie positive.

Röntgenthérapie : 47,5 H.

Mort 10 mois après d'évolution de la lésion primitive.

Obs. 89. Curage sous-maxillaire bilatéral. Histologie non précisée. Curiethérapie par appareil moulé.

Mort 18 mois après d'anémie pernicieuse.

Obs. 165. Curage cervical total. Histologie positive.

Télécuriethérapie : 588 MCD.

Mort 7 mois après par évolution de la lésion primitive.

1 n'a pu être revu :

Obs. 167. Empâtement diffus. Curage cervical total. Histologie négative. Télécuriethérapie : 382 MCD.

12 fois pour de gros ganglions mobiles, dont :

2 sont encore *vivants* :

Obs. 11. Adénopathie du volume d'une grosse olive, mobile.

Curage cervical total. Histologie positive.

Télécuriethérapie : 734 MCD.

Vivant 18 mois après.

Obs. 145. Adénopathie du volume d'une noix, mobile.

Curage cervical total. Histologie positive.

Réontgenthérapie : 63 H.

Vivant 14 mois après.

6 sont *morts* :

Obs. 31. Gros ganglions mobiles.

Curage cervical total. Histologie positive.

Télécuriethérapie : 426 MCD.

Mort à une date non précisée.

Obs. 32. Volumineuse adénopathie à la limite de fixation.

Curage cervical total. Histologie positive.

Télécuriethérapie : 353 MCD.

Mort 7 mois après.

Obs. 60. Volumineuse adénopathie à la limite de la fixation.

Curage cervical total. Histologie positive.

Curiethérapie par appareil moulé.

Mort 4 mois après.

Obs. 74. Grosse adénopathie à la limite de fixation.

Curage cervical total. Histologie positive.

Röntgenthérapie : 57,5 H.

Mort 10 mois après par évolution de la lésion primitive.

Obs. 75. Adénopathie du volume d'un œuf de poule, à la limite de fixation.

Curage cervical total. Histologie positive.

Röntgenthérapie : 43 H.

Mort 5 mois après.

Obs. 157. Adénopathie du volume d'une noix, à la limite de fixation.

Curage sous-maxillaire unilatéral.
Histologie positive.

Curiethérapie par appareil moulé.

Mort 21 mois après par évolution de la lésion primitive.

4 n'ont pu être revus :

Obs. 27. Volumineux ganglions mobiles.

Curage cervical total. Histologie positive.

Télécuriethérapie : 294 MCD.

Obs. 93. Gros ganglions mobiles.

Curage cervical total. Histologie non précisée. *Récidive*.

Curage complémentaire. Histologie négative.

Curiethérapie par appareil moulé.

- Obs. 96. Gros ganglions mobiles.
Curage cervical total. Histologie positive.
Roentgenthérapie : 60 H.
- Obs. 125. Adénopathie du volume d'une noix,
à la limite de fixation.
Curage cervical total. Histologie non
précisée.
Télécuriethérapie : 441 MCD. *Récidive.*

5 fois pour des ganglions fixés, dont :

1 est encore vivant :

- Obs. 85. Adénopathie du volume d'une noix,
fixée.
Curage cervical total. Histologie
négative.
Roentgenthérapie : 32,5 H.
Vivant depuis 20 mois.

4 sont morts :

- Obs. 72. Adénopathie du volume d'une mandarine, fixée à gauche et petit ganglion droit mobile.
Curage cervical gauche total. Histologie positive.
Curage cervical droit total. Histologie positive.
Télécuriethérapie : 383 MCD.
Mort 12 mois après par évolution de la lésion primitive.

Obs. 106. Adénopathie du volume d'une noix fixée.

Curage cervical incomplet. Histologie non précisée.

Rœntgenthérapie : 65 H.

Mort 6 mois après.

Obs. 137. Adénopathie du volume d'un poing, fixée.

Curage cervical total. Histologie positive.

Rœntgenthérapie : 50 H.

Mort 5 mois après.

Obs. 158. Volumineuse adénopathie fixée.

Curage cervical total. Histologie positive.

Curiethérapie par appareil moulé.

Récidive.

Mort 11 mois après.

Il apparaît, tout d'abord, que ces résultats sont variables avec le volume des adénopathies ; les meilleurs résultats sont obtenus quand le principe fondamental du curage, « intervention très large pour de petites lésions » est respecté.

C'est avant tout le cas du curage ganglionnaire prophylactique qui répond, au maximum, à ce principe. Il ne nous a pas été possible d'établir de statistique personnelle du curage préventif, car, dans la plupart des cas où il était indiqué, les malades l'ont refusé. Mais l'évidement ganglionnaire dans les néoplasmes de la cavité buccale, sans adénopathies

cliniquement perceptibles, nous paraît la meilleure indication du curage chirurgical. Nous le considérons comme devant assurer, en principe, des résultats supérieurs à ceux que peut donner, en pareil cas, la radiothérapie prophylactique.

Les résultats sont également satisfaisants dans les cas de petites adénopathies mobiles.

C'est ainsi que, sur huit cas de petits ganglions mobiles, le curage pratiqué seul nous a donné :

— 3 guérisons : 37,5 % ;

— 5 morts : 62,5 %.

Mais, dès que les ganglions atteignent un volume important ou se fixent, les résultats deviennent rapidement moins bons.

L'évidement ganglionnaire, seul, nous a donné sur huit cas de gros ganglions à la limite de fixation ou fixés :

— 1 vivant : pour une toute petite adénopathie fixée : 12,5 % ;

— 7 morts : 87,5 %.

De ces résultats et surtout des multiples statistiques déjà publiées sur les résultats du curage ganglionnaire (M. ÉTIENNE-MARTIN, TAILHEFER entre autres) on peut tirer les conclusions suivantes :

Le curage chirurgical seul est le traitement de choix dans tous les cas où il n'existe aucune adénopathie cliniquement perceptible. C'est le curage prophylactique.

Les résultats sont encore très bons quand il n'existe que de petits ganglions bien mobiles.

Mais les survies éloignées décroissent, très rapide-

ment, quand les adénopathies sont volumineuses, bien qu'encore mobiles, ou à la limite de fixation.

Enfin l'expérience a montré que le curage des adénopathies fixées ou ulcérées, même quand il est chirurgicalement possible, aboutit dans presque tous les cas à des récidives rapides.

Il est admis actuellement qu'on peut améliorer, dans de notables proportions, les résultats de la chirurgie seule en lui associant les agents physiques.

Dans les cas de petits ganglions mobiles, la radiothérapie post-opératoire n'est habituellement utilisée que lorsque l'examen histologique des ganglions enlevés aura fourni la preuve de leur envahissement néoplasique réel.

Par contre, dans tous les cas où les ganglions sont volumineux bien qu'encore mobiles, ou à la limite de fixation, ou à plus forte raison fixés, il nous paraît indispensable de faire suivre, de façon systématique, le curage par une irradiation complémentaire.

L'association de la radiothérapie au curage ganglionnaire nous a donné les résultats suivants :

Sur 13 cas de petits ganglions mobiles :

4 guérisons : 31 %.

9 morts : 69 %.

Ces résultats, qui paraissent égaux à ceux de la chirurgie seule (37,5 %), sont en réalité un peu supérieurs car ils intéressent des cas à histologie positive, où le curage avait révélé un envahissement ganglionnaire plus important que la clinique ne le laissait prévoir.

Mais l'amélioration des résultats est surtout considérable dans les adénopathies volumineuses ou fixées.

Sur vingt cas de telles adénopathies, l'association radio-chirurgicale nous a donné :

— 5 guérisons : 25 % ;

— 15 morts : 75 %.

Enfin, même dans les cas où l'étendue des lésions ne saurait laisser espérer un résultat définitif, la chirurgie conserve des indications palliatives.

Dans ce domaine, grâce au perfectionnement incessant de la technique opératoire et à l'expérience acquise par des ligatures de carotides internes ou primitives exécutées à main forcée, on a pu réussir à enlever, avec succès, d'énormes masses cervicales fixées ou même ulcérées.

MM. BÉRARD, M. BALLIVET et A. MOREL ont publié à la Société de Chirurgie de Lyon (Séance du 9-2-1939, *Lyon Chirurgical*, 1939) les deux premiers succès opératoires d'une série qui, à l'heure actuelle, a groupé plusieurs autres cas semblables. De nouvelles communications, en préparation au Centre Anticancéreux de Lyon, viendront préciser les multiples détails essentiels de cette nouvelle technique qui sort du cadre de notre étude.

Il ne s'agit là, en effet, que de véritables acrobaties chirurgicales, sans survies importantes.

Elles ont, certes, un rôle palliatif non négligeable chez des malades irrémédiablement voués, sans elles, à une mort dans des conditions particulièrement dramatiques, au milieu d'atroces souffrances, d'ulcérations ganglionnaires exalant des odeurs repoussantes et d'hémorragies répétées.

Mais leur principale valeur est, surtout, de montrer

que le sacrifice systématique des carotides, primitive et interne, et du pneumogastrique, loin des lésions, n'est plus désormais impossible. Ce curage cervical très élargi, encore à ses débuts, ouvre des horizons nouveaux sur la possibilité d'améliorer les résultats chirurgicaux des grosses adénopathies fixées, en élargissant encore les frontières de l'exérèse.

II. — SES INCONVÉNIENTS

Les inconvénients du curage ganglionnaire chirurgical sont, avant tout, la diminution de la radiosensibilité du néoplasme primitif, le trismus post-opératoire et les inconvénients de la suppression du barrage ganglionnaire.

Plus accessoires sont les accidents immédiats et éloignés ou le retard apporté au traitement de la lésion primitive.

1. La diminution de radiosensibilité de la lésion primitive.

Le curage cervical, tel qu'il est pratiqué actuellement, comporte la ligature systématique de la carotide externe. D'où une diminution importante de la vascularisation du néoplasme primaire. Cette atténuation de la circulation locale est certaine, et se manifeste, d'une façon apparemment heureuse, par une rétrocession des hémorragies locales quand il en existe, voire même souvent par une régression de la tumeur primitive; d'autant plus nette que cette tumeur est plus volumineuse.

Mais on sait, depuis les expériences de JOLLY, que la diminution de vascularisation d'un tissu s'accompagne d'une atténuation considérable de la sensibilité de ses cellules à l'action des radiations.

C'est ainsi que la dose de Rayons X nécessaire pour détruire un ganglion lymphatique dont on a supprimé les connexions vasculaires est infiniment supérieure à celle qui suffit à stériliser un ganglion identique, normalement irrigué (JOLLY).

FERROUX, JOLLY et LACASSAGNE ont montré qu'il s'agit là d'un phénomène commun à tous les tissus normalement radiosensibles, testicule, ovaire, rate, thymus entre autres. Le tissu néoplasique n'échappe pas à ce phénomène tissulaire général.

Quand on sait les multiples difficultés qu'on a à appliquer à certains néoplasmes de la cavité buccale une dose de radiations suffisante pour obtenir leur stérilisation, on ne peut que considérer comme indésirable et dangereuse toute atténuation de radiosensibilité de la lésion primitive.

C'est là une objection très importante qu'on peut faire au curage ganglionnaire chirurgical. Mais cette objection n'est que temporaire. Dès que le néoplasme primitif aura été traité, la chirurgie pourra reprendre ses droits.

2. Le trismus post-opératoire.

Dans ses suites opératoires, le curage cervical s'accompagne très fréquemment d'un trismus important. Cette contracture gêne considérablement l'accès

de la cavité buccale et ne permet plus de réaliser correctement les curiepunctures, déjà souvent délicates, nécessitées par le traitement du cancer buccal.

Ce trismus va s'atténuer peu à peu, mais la gêne qu'il apporte reste trop longtemps considérable pour qu'on puisse reporter après sa disparition le traitement de la lésion primitive.

C'est là un gros inconvénient qu'on ne peut éviter dans la grande majorité des cas et qui, à lui seul, justifierait déjà la nécessité de traiter la lésion buccale avant de faire le curage ganglionnaire.

3. La suppression du barrage ganglionnaire.

Le traitement de la lésion primitive, surtout s'il s'accompagne d'anesthésie locale et de curiepuncture, mobilise vraisemblablement des cellules néoplasiques qui sont mises en liberté dans les voies lymphatiques et ne s'arrêtent qu'aux premiers relais ganglionnaires. Si ces ganglions protecteurs ont été enlevés, on conçoit que les cellules néoplasiques aberrantes puissent continuer leur route vers un territoire lymphatique plus éloigné.

A cette objection, DUCUING répond : « la barrière ganglionnaire est certes enlevée, mais comment se propagera la lésion initiale à travers une région privée de ses lymphatiques ? »

Une réponse à cette question est apportée par les expériences d'AULER et SCHILLING. Ces auteurs greffent un néoplasme en un même point du corps de divers animaux identiques. Un groupe de ces animaux a été

chirurgicalement privé de ses ganglions correspondants au territoire greffé. L'autre groupe conserve ses territoires lymphatiques intacts. La conclusion est nette : les métastases sont bien plus précoces si les ganglions ont été enlevés avant la greffe du néoplasme.

Après un curage ganglionnaire, la circulation lymphatique est certes considérablement gênée. C'est même là, peut-on dire, un test de qualité du curage dont le but est la destruction, aussi complète que possible, de tous les éléments lympho-ganglionnaires. Cette stase lymphatique se manifeste cliniquement par un œdème mou, occupant toute la partie supérieure de la cicatrice et remontant plus ou moins haut sur la joue. Un essaimage néoplasique dans une telle région, aura, c'est bien évident, peu de chances de poursuivre sa route sans obstacles. Mais l'absence de ganglions, dont le rôle de défense anti-néoplasique paraît bien certain, va favoriser le développement de la graine cancéreuse.

Cet envahissement ne se manifestera pas, si le curage a été bien réalisé, par l'apparition d'adénopathies. Peu à peu on verra la cicatrice du curage, déjà blindée par le blocage lymphatique, devenir de plus en plus indurée jusqu'à une consistance ligneuse avec, par places, de petits nodules un peu saillants. Un blindage mixte, lymphatique et néoplasique est alors constitué, dont le traitement efficace s'avère particulièrement difficile.

Devant ce risque, certains auteurs avec FISCHER vont même jusqu'à ne recommander le curage que lorsque la lésion primitive est sûrement guérie. Nous

n'irons pas jusque-là, car on ne voit pas bien comment on pourrait acquérir cette certitude assez tôt pour que la chirurgie ait encore quelque efficacité. Mais cet inconvénient nous paraît une nouvelle et importante raison de plus pour justifier la nécessité du traitement d'emblée de la localisation primaire.

4. La mortalité du curage ganglionnaire.

Il y a une dizaine d'années encore, la mortalité du curage cervical total n'était pas négligeable.

La statistique de M. ÉTIENNE-MARTIN faite en 1930 au Centre Anticancéreux de Lyon accuse 30 % de mortalité après les curages cervicaux unilatéraux.

En 1934, une statistique américaine de FISCHEL rapporte encore 42 décès pour 112 curages.

Mais déjà en 1936 TAILHEFER, dans les statistiques de l'Institut du radium, ne note plus que 3 décès sur 83 curages.

Les observations que nous avons retenues, et qui comprennent, à peu près, tous les curages ganglionnaires faits au Centre Anticancéreux de Lyon, de 1935 à 1938, donnent les résultats suivants :

Sur 56 curages cervicaux totaux, unilatéraux :

2 morts : 3,6 %.

54 sans incidents : 96,4 %.

Sur 6 curages cervicaux totaux, bilatéraux :

1 mort : 17 %.

5 sans incidents : 83 %.

Sur 9 curages sous-maxillaires uni ou bilatéraux :

9 sans incidents : 100 %.

Cette amélioration considérable des résultats au cours de ces dernières années paraît due à un meilleur choix des indications du curage chirurgical, mais aussi à de multiples perfectionnements de la technique opératoire sur lesquels nous reviendrons plus loin.

La presque totalité de la mortalité actuelle est le fait de complications pulmonaires chez les opérés très âgés. Les morts par syncope anesthésique ne doivent plus se voir et les décès par choc opératoire sont l'exception.

Mais la mortalité actuelle du curage cervical total est absolument négligeable et ne doit plus entrer en ligne de compte dans les indications de l'exérèse ganglionnaire chirurgicale.

5. Les inconvénients fonctionnels tardifs du curage.

Nous ne ferons que citer, brièvement, les inconvénients fonctionnels tardifs du curage cervical.

Ce sont tout d'abord les troubles dus à des sections nerveuses : déviation de la langue et atonie de la joue que le malade mord en mastiquant. Chute de l'épaule et impotence fonctionnelle secondaire du bras quand le spinal a été coupé.

C'est aussi le trismus que nous avons déjà signalé et qui peut persister très longtemps.

C'est enfin la gêne apportée aux mouvements du cou par la cicatrice indurée par le blindage lymphatique.

Comme on le voit, ces troubles sont absolument négligeables, eu égard aux avantages du curage.

6. Le retard du traitement de la lésion primitive.

Il y a plusieurs années, le curage cervical total était une grosse intervention, choquante, dont les suites opératoires étaient assez longues.

L'état général, souvent notablement touché, des complications pulmonaires fréquentes prolongeaient la convalescence. La cicatrisation de la plaie opératoire était, par ailleurs, ralentie par l'emploi d'importants drainages, avec drains et mèches, et par la grande fréquence des complications infectieuses cervicales. Dans ces conditions le traitement de la lésion primitive était considérablement retardé.

Il n'en est plus de même, heureusement aujourd'hui, et très tôt après l'intervention, une quinzaine de jours en moyenne après, le malade peut subir le traitement de son néoplasme. On doit considérer ce retard comme négligeable.

III. — SES LIMITES DE POSSIBILITÉ ET D'UTILITÉ

Les conditions fondamentales d'un curage ganglionnaire, à savoir : exérèse large, en bloc de toutes les lésions, en tissu sain, ne sont pas réalisables dans tous les cas et il existe des limites imposées par trois ordres de difficultés :

1. Les difficultés dues au volume des adénopathies.

L'extension trop avancée des adénopathies, des ganglions volumineux et fixés, voire même infectés ou ulcérés, contre-indiquent le curage pour deux raisons :

Il est souvent impossible de libérer de façon satisfaisante des masses ganglionnaires néoplasiques adhérent en profondeur au paquet vasculo-nerveux, aux muscles, à l'œsophage ou à la trachée. Nous avons cependant vu que, dans ce domaine, de très gros progrès avaient été réalisés par la ligature des carotides et la section du pneumogastrique loin des lésions.

Une exception relative peut cependant être faite, dans le cas d'adénopathies sous-maxillaires fixées. Dans ce cas le périoste constitue une barrière solide, qui ne cède qu'assez tardivement et peut sans difficulté être détaché du maxillaire. Par ailleurs la sangle musculaire sous-maxillaire est facilement extirpable et constitue, le plus souvent, une zone de protection suffisante pour les tissus sous-jacents (DUCUING).

Il est toujours inutile, car de multiples statistiques ont actuellement bien démontré que les récidives sont pratiquement constantes après de telles interventions-limites.

On ne fait plus, en particulier, à l'heure actuelle, les ablations en tranches d'orange, complétées par la mise en place de radium, au sein des énormes adénopathies.

2. Les difficultés dues au siège des adénopathies.

Chaque jour se poursuit l'amélioration de la technique chirurgicale qui rend possible aujourd'hui la réalisation d'interventions jugées, hier encore, téméraires. Tel est le cas de l'extirpation des ganglions sous-parotidiens postérieurs.

Mais il reste cependant des régions encore inaccessibles à la chirurgie. Dans une de celles-ci se trouvent les ganglions rétro-pharyngiens postérieurs, premiers relais des néoplasmes pharyngiens, relais fréquents des cancers amygdaliens et des épithéliomas de la base linguale.

Ce n'est pas discréditer la chirurgie que de constater ces impossibilités techniques actuelles. Toutefois on doit considérer comme illusoire le curage ganglionnaire qui n'atteint pas les relais lymphatiques habituellement envahis.

3. Les difficultés dues à l'état général.

Les contre-indications du curage cervical total, dues au mauvais état général sont extrêmement réduites avec les techniques actuelles, en particulier avec l'usage de l'anesthésie locale et du lever précoce.

C'est tout à fait exceptionnellement qu'on peut voir des malades âgés chez lesquels l'état général très déficient rend le curage contre-indiqué.

Même le curage cervical bilatéral reste possible dans l'extrême majorité des cas avec des malades en assez mauvais état. Nous devons reconnaître que la radiothérapie exige un état général au moins aussi bon que le curage chirurgical.

Quoi qu'il en soit, malgré ces inconvénients et les limites de sa valeur curatrice, le curage ganglionnaire chirurgical reste un mode de traitement de grande

valeur, dans les adénopathies néoplasiques. Mais sa valeur curatrice reste subordonnée à l'emploi d'une technique absolument rigoureuse.

IV. — LA TECHNIQUE DU CURAGE GANGLIONNAIRE

Il ne nous appartient pas ici de revenir sur la technique chirurgicale générale du curage cervical et sous-maxillaire. Nous renvoyons le lecteur désireux de se documenter sur tous les détails et les modalités de cette intervention, telle qu'on la pratique chez M. le Professeur BÉRARD, à la thèse de son élève Maurice ÉTIENNE-MARTIN et aux communications de MM. CREYSEL, ÉTIENNE-MARTIN et COLSON.

Cependant huit années ont passé depuis la publication de ces travaux et certains détails se sont modifiés. C'est pourquoi nous compléterons ici la documentation d'ÉTIENNE-MARTIN par les quelques points suivants, auxquels nos camarades, chargés par M. le Professeur BÉRARD de la chirurgie du Centre Anticancéreux de Lyon (Michel BALLIVET et André MOREL) attachent une grande importance.

Ces remarques portent sur l'étendue du curage, sur la technique proprement dite et sur le mode d'anesthésie.

1. L'étendue du curage.

Le curage sous-maxillaire limité unilatéral, pratiqué à la faveur d'une incision arciforme, à concavité supérieure, est une mauvaise opération. Difficile parce

que le jour obtenu est insuffisant, et de valeur trompeuse parce que tous les repaires lymphatiques du cou ne sont pas exposés.

En particulier, dans le cas des épithéliomas des lèvres, si l'incision ne déborde pas très largement la ligne médiane, on risque d'épargner le groupe ganglionnaire plaqué contre les apophyses géni. Ces ganglions sont presque toujours les premiers envahis dans les cancers de la lèvre inférieure et s'ils échappent au curage, il n'est pas rare de voir se produire à leur niveau une récurrence ganglionnaire qui se fixe souvent très rapidement et compromet dangereusement la guérison. L'observation 174 est, entre autres, un exemple typique des dangers de ces curages trop limités.

Chaque fois que le curage ganglionnaire sera indiqué dans un cancer des lèvres, il devra systématiquement être bilatéral. Les deux régions sous-maxillaires seront soigneusement évidées, et il y aura toujours lieu d'effectuer la vérification des bifurcations carotidiennes. Cette vérification sera unilatérale si la lésion labiale est nettement unilatérale, bilatérale si le néoplasme approche ou déborde la ligne médiane. Si, dans une des régions carotidiennes on découvre des ganglions suspects, on étendra le curage à toute la région cervicale. Cette intervention sera pratiquée dans un seul temps. Dans les cas, véritablement exceptionnels pour les lèvres, où il existe des adénopathies cervicales bilatérales, le problème qui se pose est celui du curage cervical total bilatéral.

La question de la bilatéralité du curage cervical

total est encore, à l'heure actuelle, fort controversée.

Certains auteurs (DUCUING en particulier) tiennent compte, avant tout, dans ses indications, de la localisation de la lésion primitive. C'est ainsi qu'ils distinguent les localisations qui retentissent régulièrement sur les ganglions des deux côtés du cou (base de langue, pointe de langue, plancher buccal) et qui imposent un traitement bilatéral systématique, et les autres localisations (bords de langue, amygdales par exemple) au cours desquelles l'envahissement bilatéral est très inconstant, et pour lesquelles, en l'absence de ganglions bilatéraux, le curage double ne s'impose pas.

Avec TAILHEFER nous tenons compte avant tout de l'étendue de la lésion primitive et notre conduite est la suivante :

Quand la lésion est bilatérale ou para-médiane, nous admettons que le curage doit être bilatéral, de façon systématique.

La réalisation du curage cervical bilatéral en un seul temps, est une opération d'une très grande gravité; aussi est-elle, à l'heure actuelle à peu près abandonnée. Pratiquement, le curage s'effectue en deux temps. Au cours d'un premier temps, on effectue l'évidement du côté le moins atteint cliniquement, avec l'espoir de pouvoir respecter la jugulaire interne. Puis, dans un second temps, dès que la plaie est cicatrisée, on effectue un curage typique du côté le plus atteint. Dans les cas où l'on ne peut éviter la ligature de la jugulaire interne du côté apparemment

le moins atteint, on attendra un mois avant de pratiquer le curage de l'autre côté ; avec ce délai, qui permet une adaptation circulatoire cérébrale, la ligature bilatérale des jugulaires internes se passe presque toujours sans accident grave (BÉRARD).

Quand la lésion est nettement unilatérale, deux cas sont à considérer :

S'il existe des adénopathies bilatérales, le curage bilatéral sera pratiqué de façon systématique, suivant la technique précédemment indiquée.

S'il n'existe pas d'adénopathies ou seulement une adénopathie unilatérale, nous ne croyons pas le curage bilatéral nécessaire.

En effet, si l'on considère une statistique des néoplasmes buccaux nettement unilatéraux, on note les faits suivants :

Sur 7 épithéliomas linguaux, marginaux antérieurs,
on note :

2 sans ganglions.

3 avec ganglions unilatéraux.

2 avec ganglions bilatéraux, d'emblée.

Sur 22 épithéliomas linguaux, méso-marginaux :

3 sans ganglions.

12 avec ganglions unilatéraux.

5 avec ganglions bilatéraux d'emblée.

2 avec ganglions bilatéraux tardifs.

Sur 19 épithéliomas linguaux, marginaux postérieurs :

4 sans ganglions.

11 avec ganglions unilatéraux.

4 avec ganglions bilatéraux d'emblée.

- Sur 3 épithéliomas pelvi-lingaux :
3 avec ganglions unilatéraux.
- Sur 3 épithéliomas du plancher buccal :
3 avec ganglions bilatéraux d'emblée.
- Sur 16 épithéliomas de la base linguale :
1 sans adénopathies.
11 avec ganglions unilatéraux.
3 avec ganglions bilatéraux d'emblée.
1 avec ganglions bilatéraux tardifs.
- Sur 32 épithéliomas de l'amygdale :
7 sans ganglions.
21 avec ganglions unilatéraux.
4 avec ganglions bilatéraux d'emblée.
- Sur 4 épithéliomas de l'épiglotte :
2 sans ganglions.
2 avec ganglions unilatéraux.
- Sur 3 épithéliomas du voile :
1 sans ganglions.
2 avec ganglions unilatéraux.
- Sur 20 épithéliomas de la muqueuse jugale :
4 sans ganglions.
12 avec ganglions unilatéraux.
3 avec ganglions bilatéraux d'emblée.
1 avec ganglions bilatéraux tardifs.
- Soit pour l'ensemble des 129 néoplasmes buccaux
unilatéraux :
- 24 sans adénopathies : 18,6 %.
- 77 avec adénopathies unilatérales : 59 %.
- 24 avec ganglions bilatéraux d'emblée : 18.6 %.
- 4 avec ganglions bilatéraux tardifs : 3,2 %.

Ainsi, dans 129 cas de néoplasmes buccaux, l'envahissement contro-latéral tardif des ganglions cervicaux ne s'est produit que dans 3,2 % des cas. Ce pourcentage infime ne nous paraît pas justifier, en l'absence de ganglions bilatéraux, le curage bilatéral systématique, même dans le cas de néoplasmes qui donnent fréquemment un envahissement ganglionnaire croisé.

2. La technique proprement dite du curage.

Une hémostase parfaite, une antisepsie soignée et des manœuvres exemptes de toute brutalité sont essentielles dans le curage cervical.

L'hémostase doit être rigoureuse, aucun suintement sanguin ne devant subsister dans la plaie en fin d'opération. L'emploi de la diathermo-coagulation, par l'intermédiaire de la pince hémostatique elle-même, permet de réaliser cette hémostase très poussée, sans aucune perte de temps, bien au contraire. Mais il est bien entendu que toutes les branches vasculaires un peu volumineuses seront liées au catgut, comme classiquement.

L'antisepsie de la plaie, au cours de l'intervention paraît justifiée dans une chirurgie qui ne saurait prétendre à l'asepsie absolue puisqu'elle ouvre des espaces lymphatiques manifestement infectés dans la plupart des cas. Cette antiseptie sera réalisée par un badigeonnage très large de la plaie, avec du mercurochrome en solution aqueuse, à plusieurs reprises au cours de l'intervention et avant la fermeture de la peau.

La présence de mercurochrome, radiateur secondaire indésirable, sur la peau, crée de sérieux dangers d'accidents cutanés, en cours de radiothérapie. Son usage devra être rigoureusement prohibé pendant les dix jours qui précèdent la radiothérapie, et surtout pendant celle-ci. Mais la cicatrisation d'un curage cervical demande bien un minimum d'une dizaine de jours pour qu'on puisse sans inconvénients commencer l'irradiation. D'autre part, le mercurochrome se résorbe plus vite en tissu cellulaire que sur la peau. Son usage pendant l'intervention conserve donc tous ses avantages et ne saurait avoir aucun inconvénient en vue d'une irradiation ultérieure, à la seule condition de ne pas répéter ses applications cutanées.

Ces précautions d'hémostase et d'antisepsie permettent de terminer le curage cervical avec un drainage minimum. On laisse seulement un drain sus-claviculaire, du diamètre d'une cigarette, pendant deux jours.

On n'utilise plus ces grosses mèches que nécessitait une hémostase insuffisante et qui déterminaient, le plus souvent, une infection secondaire, des hémorragies et une cicatrisation très lente et défectueuse.

Actuellement tous les curages pratiqués au Centre Anticancéreux de Lyon se cicatrisent par première intention et les fils sont enlevés le septième ou le huitième jour. Le premier lever a lieu, en l'absence de température, le soir même de l'intervention.

Il est inutile d'insister sur la nécessité absolue de passer en dehors des lésions, le risque d'essaimage par incision d'un ganglion néoplasique étant évident.

Enfin, quel que soit le volume des lésions et la difficulté de l'intervention, les manœuvres opératoires doivent être exécutées avec une grande douceur, en infiltrant préalablement les zones juxta-nerveuses et les zones d'adhérences à la novocaïne, en employant le bistouri ou les ciseaux de MAYO de préférence au doigt ou au tampon dont l'utilisation dans la libération des ganglions provoque de sérieux tiraillements. Ces traumatismes, dans une région particulièrement riche en filets nerveux et sympathiques, sont à l'origine du shock post-opératoire et des complications pulmonaires qui, actuellement, ne *doivent plus se voir* après le curage cervical.

3. Le mode d'anesthésie.

La seule anesthésie actuellement utilisée dans le curage cervical doit être l'anesthésie locale.

Devant l'inconstance de ses résultats, et à cause aussi des accidents dont elle est responsable, l'anesthésie du plexus cervical à son émergence de la colonne n'est plus utilisée au Centre Anticancéreux de Lyon.

L'apparition de nouveaux agents de préparation pré-anesthésique en a d'ailleurs beaucoup diminué l'intérêt.

C'est ainsi que nous utilisons couramment les produits à base de scopolamine. Nous avons commencé par employer le *scophédal Merck* en injectant sous la peau une première ampoulé, une heure avant l'intervention, puis une seconde une demi-heure avant. Le

malade arrivait à la salle d'opérations dans un état de torpeur qui, après une bonne infiltration novocainique sous-cutanée, uniquement superficielle, de la zone opératoire, permettait d'intervenir dans de très bonnes conditions.

Le seul ennui était d'avoir à injecter deux ampoules du produit, si nous voulions avoir un malade calme, ne souffrant pas. Cette intoxication d'un sujet fragile, comme l'est le cancéreux, ne nous paraissait pas exempte de dangers.

C'est pourquoi nous en sommes venus à l'emploi de la *phlébafine Rolland*, produit français, injecté par voie veineuse. Le malade, installé sur la table d'opération, reçoit en injection intra-veineuse deux centimètres cubes du produit. L'injection doit être très lente; c'est ainsi que pour deux centimètres cubes, elle ne devra pas durer moins de trois minutes. Dix minutes après, environ, le malade est somnolent et l'anesthésie locale est réalisée en quelques instants. L'intervention peut commencer.

Une quinzaine de curages a déjà été réalisée sous cette analgésie et avec une entière satisfaction. Une dose minime de toxique suffit pour obtenir un calme et une inconscience du malade vraiment impressionnants. Deux fois seulement il a été nécessaire de réinjecter du produit (la première fois : 1 cc., la seconde : 2 cc.).

CHAPITRE III

LES TRAITEMENTS MÉDICAUX ET BIOLOGIQUES

Le traitement des adénopathies néoplasiques est très souvent contrarié par l'infection et le mauvais état général des malades.

L'*infection* est la règle dans les cancers intra-buccaux, à des degrés variables. C'est un facteur extrêmement défavorable à divers points de vue.

Tout d'abord au point de vue du diagnostic étiologique des adénopathies. Les ganglions perçus au cours de l'évolution d'un néoplasme buccal ne sont pas nécessairement néoplasiques. Il en est, entre autres, de purement inflammatoires ou infectieux. L'étude clinique de ces adénopathies, contrairement à l'opinion de certains auteurs, ne saurait suffire pour pouvoir préciser, de façon suffisamment certaine, la nature exacte de leur hypertrophie. Nous reviendrons sur ce point à propos des indications du traitement des adénopathies.

Dans ce cadre des adénopathies inflammatoires on peut faire rentrer certaines adénopathies apparaissant

au cours du traitement de la lésion primitive. Une curiepointure ou même seulement une irradiation externe intense, sont souvent suivies d'une telle poussée ganglionnaire, qui a vraisemblablement son origine dans une recrudescence infectieuse au niveau de la lésion buccale. Avant de pratiquer une intervention chirurgicale sur de telles adénopathies, on aura toujours intérêt à réduire au minimum cet élément infectieux par des traitements appropriés. L'essentiel est de connaître ces poussées inflammatoires post-radiothérapiques et de ne pas les interpréter comme des invasions néoplasiques brusques.

Mais l'infection est surtout défavorable au point de vue thérapeutique. Elle gêne considérablement le traitement de la lésion primitive et de ses adénopathies secondaires. Ses inconvénients se manifestent de plusieurs façons.

Surtout, en diminuant de façon variable, mais toujours importante, leur radiosensibilité. Le facteur dominant de cette atténuation paraît être dû à l'altération du stroma conjonctif. Le rôle destructeur du stroma conjonctif à l'égard des cellules néoplasiques atténuées par les radiations apparaît capital. C'est ainsi que toutes les techniques radiothérapiques actuelles cherchent à obtenir, au maximum, le respect des éléments conjonctifs. L'infection vient, si l'on peut dire, détourner le stroma de cette lutte anti-néoplasique et l'expérience a bien montré la valeur pronostique défavorable des examens histologiques qui précisent : Stroma infectieux ou très inflammatoire.

Enfin parfois, la réaction ganglionnaire va dépasser le stade inflammatoire pour atteindre le stade infectieux. L'infection ganglionnaire a pour résultat de provoquer une fixation, souvent rapide, des adénopathies jusque-là mobiles, rendant ainsi plus incertains les résultats du curage chirurgical. Pratiquement une telle éventualité ne se rencontre qu'au cours de lésions buccales profondément infectées. Elle impose néanmoins la nécessité d'une antiseptie buccale rigoureuse avant, pendant et après le traitement de la lésion initiale. Elle impose également le traitement d'emblée des adénopathies au cours de tout néoplasme buccal profondément infecté, le danger de fixation rapide des ganglions étant dans ce cas trop menaçant, pour qu'on puisse, raisonnablement, le courir.

Nous ne ferons que citer, pour terminer, le rôle des poussées infectieuses dans l'altération de l'état général du malade, diminuant ainsi sa résistance à un traitement radiothérapique ou chirurgical convenable.

L'état général du néoplasique est souvent très altéré. L'ulcération de la lésion primitive avec l'infection qui en découle, les hémorragies répétées et l'action toxique, encore hypothétique, des masses néoplasiques, se partagent les responsabilités de cette déficience physique.

Et pourtant, la nécessité, actuellement reconnue, de l'utilisation de fortes doses radiothérapiques, exige un état général assez résistant sous peine d'être contraint à un traitement insuffisant.

Soutenir l'état du malade de façon énergique, à

toutes les périodes du traitement de son néoplasme, est donc ici un facteur de succès fondamental, qu'on ne saurait négliger en aucun cas.

Contre ces deux éléments défavorables que sont l'infection et l'altération de l'état général, de nombreuses armes ont été utilisées.

Nous ne ferons que citer les agents de la lutte anti-infectieuse : *Rubiazol*, *Dagenan*, etc., d'action anti-infectieuse générale ; vaccins et bactériophages en injections ou applications locales.

Nous n'insisterons pas, non plus, sur l'importance capitale des soins de propreté buccaux : Nettoyage complet de la cavité buccale avec extirpation des dents malades et traitement des caries, brossages et lavages fréquents avec des solutions antiseptiques faibles, collutoires au bleu de méthylène ou aux composés arsénobenziques. Ces soins de propreté suffisent parfois, à eux seuls, pour amener une diminution sensible de volume des adénopathies.

Également importants sont tous les traitements généraux, soit à base d'extraits endocriniens, soit toniques généraux, soit reminéralisateurs à base de magnésium et calcium, soit enfin plus spécialement anti-anémiques comme les extraits hépatiques ou gastriques. Nous ne nous étendrons pas sur ces traitements aujourd'hui classiques.

La chimiothérapie du cancer a été, depuis de longues années, l'objet de multiples recherches. Il n'entre pas dans notre intention de rappeler ici les innombrables composés chimiques utilisés jusqu'ici dans la lutte antinéoplasique. Nous ne citerons que le traitement

couramment utilisé au Centre Anticancéreux de Lyon par MM. A. MOREL, F. ARLOING et A. JOSSE-RAND, sous la direction de M. le Professeur BÉRARD.

Ce traitement utilise des sels complexes solubles préparés à partir de la vitamine C et de certains métaux : fer, plomb, cuivre entre autres. Quant à la composition plus précise de ces composés, désignés sous le terme, très général, de métalloscorbones, nous renvoyons le lecteur désireux de se documenter, aux communications des auteurs, dont on trouvera l'exposé dans un chapitre spécial de la bibliographie.

Les possibilités de ce traitement ont été précisées par leurs auteurs dans une communication récente à l'Académie de Médecine, le 28 mars 1939. Les voici, en ce qui concerne les adénopathies :

« Elle peut rendre opérables certaines adénopathies qui paraissaient ne pas l'être avant l'obtention de ces effets.

« Elle peut permettre la reprise de l'alimentation en cas de tumeur de la langue ou du plancher buccal, par réduction importante de leur volume, s'accompagnant de désinfection et de désodorisation.

« Elle peut rendre plus accessibles aux agents physiques certaines tumeurs dont on diminue les éléments inflammatoires.

« Elle peut soulager, d'une manière souvent très efficace et, sans intervention de substances toxiques, les algies des masses néoplasiques les plus douloureuses. »

Ces actions sont à mettre essentiellement sur le compte de la suppression de certains éléments infectieux péri-tumoraux.

Quant à l'action, plus ou moins prononcée, sur les cellules cancéreuses elles-mêmes, elle n'est pas suffisamment démontrée, pour qu'on puisse, actuellement, en faire état.

En pratique, il ne s'agit donc que d'un traitement d'appoint des cancers, mais celui-ci se révèle comme très utile, à condition de l'employer avec un but d'action très limité : Soit pour favoriser la mise en œuvre des traitements classiques, agents physiques ou chirurgie ; soit à titre purement palliatif, tout au moins dans les cas où l'on sera autorisé à y recourir.

Ses indications générales sont principalement celles où l'on se propose comme but d'obtenir :

- La désinfiltration et la détersion des tumeurs ;
- La préparation, en relation avec la réalisation de ces deux effets, soit à l'acte opératoire, soit à l'action des agents physiques ;
- En présence de cancers inopérables, le soulagement des algies et le relèvement de l'état général.

Ses contre-indications sont celles où la chimiothérapie est inutile, comme c'est le cas dans des adénopathies opérables ou irradiables d'emblée.

Il est également préférable de s'abstenir de ce traitement chez les malades qui présentent des lésions tuberculeuses évolutives ou d'activité récente, en

raison des dangers, très réduits avec les complexes actuellement utilisés, de poussée évolutive.

A part cette restriction, la chimiothérapie de MM. MOREL, ARLOING et JOSSERAND ne présente aucune contre-indication pour danger et ce n'est pas là un des moindres intérêts de cette méthode d'appoint dans le traitement des adénopathies néoplasiques.

DEUXIÈME PARTIE

**LES INDICATIONS DU TRAITEMENT
DES ADÉNOPATHIES NÉOPLASIQUES
SECONDAIRES**

CHAPITRE PREMIER

LA NÉCESSITÉ DU TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES

Tous les ganglions cliniquement perceptibles, au cours de l'évolution d'un néoplasme buccal, ne sont pas nécessairement néoplasiques. Les travaux classiques de SOUPAULT et LABBÉ et les études plus récentes de QUICK et KUSCHFELDT ont montré que les adénopathies satellites d'un néoplasme pouvaient être, soit véritablement cancéreuses, soit uniquement inflammatoires, infectieuses à germes pyogènes banaux, tuberculeuses, ou même simplement en état d'hypertrophie fonctionnelle.

On conçoit toute l'importance du diagnostic précis de la nature de l'hypertrophie ganglionnaire, constatée au cours d'un épithélioma buccal. Malheureusement, dans beaucoup de cas, il n'existe aucun moyen pratique qui permette de trancher l'hésitation entre l'hypertrophie bénigne et l'envahissement néoplasique.

L'étude clinique de l'adénopathie, l'examen histo-

logique de celle-ci après biopsie et l'étude des statistiques sont les trois éléments principaux du diagnostic étiologique des adénopathies.

1. LES CARACTÈRES CLINIQUES DES ADÉNOPATHIES

Certains auteurs considèrent l'étude clinique des adénopathies comme susceptible de fournir des renseignements assez précis sur la nature exacte des adénopathies constatées. Ces renseignements cliniques ne sont, certes, à négliger dans aucun cas, mais nous estimons qu'on risque de désagréables surprises en leur accordant une confiance trop absolue.

La dureté ligneuse des ganglions est un excellent signe d'envahissement néoplasique et presque toujours l'histologie confirme dans de tels cas le diagnostic clinique.

Mais à côté de quelques ganglions dont la dureté permet d'affirmer, presque à coup sûr, l'atteinte cancéreuse, que de petites adénopathies mobiles, rénitentes ou molles, qualifiées dans les observations de « sans caractères suspects ». Et cependant, il n'est pas rare, quand on pratique l'exérèse de tels ganglions, d'avoir la confirmation histologique de leur envahissement néoplasique. Bien souvent on hésite à pratiquer le curage de ces adénopathies en se demandant si l'on n'a pas intérêt à surveiller seulement les malades, en les examinant à intervalles réguliers et rapprochés. Mais, si une telle conduite est parfaitement logique, l'expérience montre qu'une telle surveillance

ne peut jamais s'exercer de façon parfaite, ni même suffisante. Pendant quelques mois le malade revient se montrer bien régulièrement, mais, peu à peu, pour diverses raisons : incompréhension du danger, négligence, crainte d'une opération, entre autres, il va espacer ses visites. Et c'est ainsi qu'on aura la désagréable surprise de le voir, après une plus longue absence, revenir avec de volumineuses adénopathies, souvent trop avancées pour qu'on puisse espérer entreprendre leur traitement avec quelques chances de succès.

Ainsi les caractères cliniques des adénopathies sont, trop souvent, trompeurs et, en tout cas, nettement insuffisants pour permettre un diagnostic sûr de la nature exacte de l'hypertrophie ganglionnaire.

L'évolution de ces adénopathies peut apporter des signes de certitude, mais la temporisation est infiniment dangereuse, en pratique, et quand l'envahissement néoplasique se confirmera cliniquement, il sera bien souvent trop tard pour agir efficacement.

2. L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DES ADÉNOPATHIES

La biopsie ganglionnaire, suivie d'examen histologique, peut, en principe, permettre le diagnostic formel de la nature des adénopathies. Mais, en pratique, elle se heurte à plusieurs difficultés.

Elle est souvent insuffisante, car, il n'est pas possible d'affirmer le non-envahissement néoplasique sur une seule réponse histologique négative. Quelques coupes

seulement sur un ganglion sont totalement insuffisantes. Non seulement, dans un même carrefour lymphatique, tous les ganglions ne sont pas nécessairement envahis, mais encore, un ganglion peut ne pas être atteint en tous ses points. Une réponse histologique ne peut donc avoir de valeur absolue que si l'examen a porté sur un très grand nombre de coupes, de plusieurs ganglions. On conçoit les difficultés de réalisation pratique de tels examens et il est dangereux sur la seule foi d'une réponse histologique négative, de négliger le traitement des adénopathies.

Elle ne paraît pas absolument sans risques, car une biopsie en plein foyer ganglionnaire est totalement différente de la biopsie sur une lésion primitive ulcérée. Elle a tous les caractères de ces interventions ganglionnaires partielles que nous avons formellement condamnées, et ses risques d'essaimage ne nous paraissent pas négligeables. Une réponse positive permettra bien d'intervenir largement avant que ces risques aient pu jouer, mais une réponse négative n'ayant pas une valeur absolue, on restera toujours hésitant devant la conduite à tenir : ou intervenir quand même, et alors on ne voit pas bien l'utilité de la biopsie, ou bien s'abstenir en laissant le malade courir les risques d'un essaimage néoplasique, consécutif à une biopsie sur un foyer réellement cancéreux, malgré la réponse négative de l'histologie.

Ainsi, l'histologie après biopsie ganglionnaire, si elle est susceptible, bien plus que l'examen clinique seul, d'apporter dans la majorité des cas la preuve formelle de l'envahissement néoplasique, n'est pas

sans inconvénients qui limitent considérablement sa valeur pratique.

3. LES ÉTUDES STATISTIQUES DES ADÉNOPATHIES

Les statistiques faites dans les Centres Anticancéreux ont montré, de façon indiscutable, que tous les cancers de la cavité buccale n'envahissaient pas avec la même fréquence les territoires lympho-ganglionnaires. C'est ainsi qu'on a pu distinguer, d'après leur localisation primitive, deux groupes de néoplasmes.

a) Les localisations néoplasiques qui envahissent presque constamment les territoires lymphatiques.

Certaines localisations néoplasiques envahissent, tôt ou tard, les territoires lymphatiques de façon à peu près constante. C'est avant tout le cas des épithéliomas de la langue. C'est ainsi que DUBOIS-ROQUEBERT signale cet envahissement dans 94 % des cas, MÉNÉGAUX dans 70 %, ROUX-BERGER dans 87. % et ÉTIENNE-MARTIN dans 82 %.

Notre statistique confirme pleinement ces résultats en nous donnant :

12 adénopathies sur 14 épithéliomas linguaux marginaux antérieurs : 85,7 %.

20 adénopathies sur 23 épithéliomas linguaux méso-marginaux : 87 %.

16 adénopathies sur 21 épithéliomas marginaux postérieurs : 76,2 %.

7 adénopathies sur 7 épithéliomas pelvi-linguaux : 100 %.

19 adénopathies sur 20 épithéliomas de la base linguale : 85 %.

10 adénopathies sur 10 épithéliomas du plancher buccal : 100 %.

Dans ces adénopathies, au cours d'épithéliomas linguaux, un examen histologique minutieux confirme, dans presque tous les cas, l'envahissement néoplasique réel.

Mais c'est également le cas des localisations de l'amygdale, de l'épiglotte, du voile et de la joue, qui donnent les résultats statistiques suivants :

26 adénopathies sur 33 épithéliomas de l'amygdale : 79 %.

8 adénopathies sur 11 épithéliomas de l'épiglotte : 73 %.

5 adénopathies sur 7 épithéliomas du voile : 71,5 %.

18 adénopathies sur 20 épithéliomas de la muqueuse jugale : 90 %.

On doit donc, pratiquement, considérer qu'au cours de ces localisations néoplasiques, si petite que soit la lésion primitive, l'envahissement ganglionnaire existe, même s'il n'est pas décelable cliniquement.

Le traitement des territoires lymphatiques s'impose donc, ici, absolument dans tous les cas, quels que soient les doutes qu'on puisse avoir sur l'envahissement néoplasique réel des ganglions constatés.

b) Les localisations néoplasiques qui envahissent rarement les territoires lymphatiques.

Certaines localisations néoplasiques, au contraire, ne s'accompagnent d'envahissements lymphatiques, véritablement cancéreux, que dans un petit nombre de cas.

Ainsi se comportent les néoplasmes des lèvres. REGAUD, le premier, en 1927, attira l'attention sur cette rareté des envahissements néoplasiques ganglionnaires au cours des cancers des lèvres, et il conclut: « Dans le cas de cancer labial où il n'existe aucun ganglion palpable et dans les cas où l'on ne constate que des ganglions sous-maxillaires banaux, sans caractères suspects, nous croyons qu'on peut s'abstenir d'opérer immédiatement les régions ganglionnaires. Mais le malade doit être personnellement mis en garde contre l'éventualité d'une adénopathie néoplasique et il est essentiel qu'il se fasse examiner, de préférence par le médecin même qui a traité sa lèvre, tous les deux mois pendant les six premiers mois, puis tous les trois mois jusqu'à la fin de la seconde année, puis deux fois pendant la troisième année. Il doit, en outre, revenir spontanément à la première alerte dans la région cervicale. »

La rareté relative des envahissements néoplasiques ganglionnaires, au cours des cancers des lèvres, est actuellement admise par tous les auteurs. Elle est d'ailleurs variable suivant la localisation exacte du néoplasme labial.

Pour la lèvre supérieure, la fréquence des envahissements réellement cancéreux varie de 20 à 30 %

suivant les statistiques, et surtout suivant le recul des statistiques.

Pour la lèvre supérieure (DUCUING et DELARUE), l'atteinte ganglionnaire est encore plus rare. Il y a lieu, toutefois, de distinguer les épithéliomas de la portion muqueuse qui font peut d'adénopathies néoplasiques et les épithéliomas de la portion cutanée dont la fréquence de propagation lymphatique est de l'ordre de celle observée pour les lèvres inférieures.

Il faut, enfin, savoir la plus grande fréquence et la gravité spéciale, déjà signalée par MORESTIN, des adénopathies au cours des cancers des lèvres envahissant les commissures.

Mais cependant, la conduite générale préconisée par REGAUD, n'a pas été acceptée sans réserves par tous les auteurs. M. le Professeur BÉRARD, un des premiers, s'est élevé contre cette abstention systématique (Thèse H. SOLE, Lyon 1930) en objectant :

— Que la fréquence des récidives ganglionnaires tardives était, en réalité, beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru tout d'abord ;

— Surtout, que la surveillance nécessaire des malades n'était qu'exceptionnellement réalisable et que les bénéfices de l'abstention étaient largement détruits par ses dangers. En effet, si l'on admet que 20 à 30 % seulement des néoplasmes des lèvres vont, tôt ou tard, s'accompagner d'adénopathies cancéreuses, le curage sera inutile dans 70 à 80 % des cas. La surveillance seule des malades, selon les conclusions de REGAUD est donc tout à fait logique. Malheureusement l'expérience de la clientèle hospi-

talière montre que les malades, même convenablement sermonnés, ne reviennent aux consultations que pendant quelques mois au maximum, puis sont perdus de vue.

Les 20 à 30 % qui auront fatalement, un jour ou l'autre, une adénopathie cancéreuse, viendront presque toujours trop tard pour qu'on puisse en entreprendre le traitement avec quelques chances de succès.

Ainsi, pour éviter 70 % de curages inutiles, on risque d'augmenter la mortalité de 30 %, ce qui est considérable.

On conçoit d'autant moins l'abstention, dans ces conditions, que le curage sous-maxillaire même bilatéral, comme il doit être, est actuellement une intervention absolument bénigne, qui peut être pratiquée, sans danger, chez tous les sujets, même âgés ou débilités. Sa mortalité est pratiquement nulle et ses séquelles fonctionnelles le plus souvent nulles ou négligeables.

Notre statistique des lèvres illustre de façon frappante cette façon de voir :

Sur vingt-huit lèvres qui présentaient des ganglions :

13 ont subi un curage ganglionnaire, dont :

6 ont guéri :

3 avec une histologie négative :
obs. 170-172-193.

3 avec une histologie positive et
dont le curage a été complété par
une curiethérapie externe : obs.
192-200-201.

3 sont *morts* :

Obs. 174. Faute de curage. Évolution rapide et fixation d'un ganglion sous-mental ayant échappé au premier curage.

Obs. 178. Malade de 71 ans mort de complications pulmonaires après un curage cervical total.

Obs. 183. Malade ayant refusé le curage au début et revenu avec une adénopathie fixée. Curage trop tardif.

4 n'ont pu être revus, dont :

3 avaient une histologie négative.

1 dont l'histologie n'était pas précisée.

17 n'ont pas été traités, dont :

8 ont *guéri* : 66 %.

4 sont *morts* d'évolution ganglionnaire, et que le curage aurait vraisemblablement sauvés : 34 %.

5 n'ont pu être revus.

Dans ces conditions, la ligne de conduite à adopter, au cours de néoplasmes des lèvres, nous paraît être la suivante :

Surveillance seule dans les cas, pratiquement exceptionnels, où l'on se trouve en présence d'un malade intelligent qui comprend le danger et reviendra régulièrement aux visites exigées.

Curage systématique dans tous les autres cas et, en particulier, dans la clientèle hospitalière.

Il est, enfin, un autre cas où on a proposé l'abstention du traitement ganglionnaire, même en présence d'adénopathies certainement néoplasiques. Ce sont les cas de *lésions initiales apparaissant au-dessus des ressources thérapeutiques*.

Lorsque la lésion primitive ne paraît pas curable de façon à peu près certaine, la conduite à tenir est diversement envisagée.

Pour les uns (DUCUING) il serait « illogique d'imposer un évidement du cou à un malade dont le cancer continuerait irrémédiablement son évolution et on doit, sans discussion, commencer par traiter la lésion initiale ».

Cette conduite est très logique dans les énormes néoplasmes buccaux évidemment au-dessus des ressources, mais dans un grand nombre de cas il reste difficile de prévoir, même de façon approchée, le degré de curabilité d'une lésion. D'autre part, de volumineuses lésions buccales peuvent ne s'accompagner que d'adénopathies de faible grosseur. Il n'y a en effet qu'une relation assez large entre l'étendue de la lésion primitive et l'importance des adénopathies. Celles-ci sont avant tout en rapport avec la localisation et la forme anatomo-clinique du néoplasme initial.

Dans ces conditions, en négligeant de façon systématique les adénopathies, on laisse perdre au malade quelques chances de guérison, minimales il est vrai, mais cependant non négligeables, et surtout la possibilité de résultats palliatifs intéressants.

Il nous paraît donc plus logique, dans le cas de

néoplasme très étendu, de conserver la ligne de conduite générale : traitement de la lésion primitive d'abord, sauf si ce traitement comporte trop de menaces pour la curabilité ultérieure des adénopathies existantes.

CHAPITRE II

LE MOMENT DU TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES

Le premier problème qui se pose en présence d'un épithélioma de la cavité buccale est de savoir si l'on doit commencer par le traitement de la lésion initiale ou par le traitement des territoires lymphatiques correspondants. L'unanimité est encore loin d'être faite sur ce point.

I. — EN PRINCIPE ON TRAITERA TOUJOURS D'ABORD LA LÉSION PRIMITIVE

Avec REGAUD et son école, nous admettons qu'on doit toujours, en principe, traiter la lésion buccale avant les territoires ganglionnaires.

« Il est certainement plus logique, écrit TAILHEFER à propos du cancer de la langue, de commencer par le traitement de la région linguale et de ne supprimer la barrière ganglionnaire que lorsque la lésion linguale est supprimée ou stérilisée. » Mais ce n'est pas là le seul argument en faveur de cette chronologie.

Le principal est la diminution de radiosensibilité de la lésion primitive après la ligature de la carotide externe, systématiquement faite au cours du curage ceryical. Cette diminution toujours importante, compromet les chances de guérison de cette lésion primitive, en nécessitant une augmentation de doses radiothérapiques, que le malade ne peut toujours supporter sans inconvénients.

Également important est l'inconvénient dû au trismus post-opératoire qui rend parfois impossible, toujours difficile toute curiepuncture sur les lésions intra-buccales.

Plus secondaire est l'objection du retard apporté par l'intervention chirurgicale au traitement du néoplasme initial. Nous avons vu, en effet, qu'avec les techniques actuelles ce retard est devenu entièrement négligeable.

Mais les partisans du traitement d'emblée des adénopathies soutiennent que l'envahissement ganglionnaire réel est toujours plus important que la clinique ne le fait prévoir. Dans ces conditions, disent-ils, on peut redouter que le traitement de la lésion primitive fasse perdre quelques semaines précieuses ou même détermine une brusque fixation des ganglions.

Dans la plupart des cas, ces risques nous paraissent secondaires à côté des inconvénients du curage ganglionnaire d'emblée. En particulier, nous admettons qu'on doit toujours traiter la localisation primitive d'emblée, dans tous les cas suivants :

Quand il n'y a pas de ganglions perceptibles, même quand on soupçonne, d'après la localisation primitive,

un retentissement lymphatique à son début, l'extrême majorité des auteurs est d'accord pour reconnaître qu'on a tout avantage à ne détruire le barrage ganglionnaire qu'après le traitement de la lésion primaire.

Quand il y a de petits ganglions, mobiles, le retard apporté à leur exérèse par le traitement de la lésion primaire n'est jamais assez considérable pour être dangereux.

Ceci, d'autant plus que la persistance du barrage ganglionnaire, même envahi, offre un obstacle suffisant à l'extension du néoplasme. Quant à l'augmentation du volume des petites adénopathies au cours du traitement de la lésion buccale, elle est assez rarement accusée au point de provoquer leur fixation rapide ou de compromettre leur traitement ultérieur.

La présence de ganglions perceptibles n'est donc pas une raison qui puisse, à elle seule, imposer le curage ganglionnaire d'emblée, mais elle impose cependant quelques réserves :

Tout d'abord que ces ganglions soient nettement mobiles et de volume assez réduit.

Ensuite que la lésion buccale ne soit pas le siège d'une infection très accusée. Toute manœuvre, telle que la curiethérapie surtout, sur une lésion très profondément infectée, peut, en effet, provoquer une poussée ganglionnaire infectieuse et amener la fixation rapide des adénopathies.

Enfin, le traitement de la lésion initiale impose une surveillance quotidienne des territoires lymphatiques correspondants, pour être prêt à intervenir si les

adénopathies progressent de façon dangereuse. Il faut cependant savoir que le traitement de la lésion buccale s'accompagne très souvent d'une nette augmentation de volume des ganglions. Cette hypertrophie est, presque toujours, purement inflammatoire et régresse spontanément en quelques semaines. Il n'y aura donc lieu d'intervenir rapidement, en cours de traitement buccal, que si les ganglions menacent de se fixer et non pas seulement à leur moindre augmentation de volume.

II. — IL EST CEPENDANT DES CAS OU L'ON TRAITERA D'ABORD LES ADÉNOPATHIES

Dans certains cas, le danger de fixation des adénopathies au cours du traitement de la lésion buccale, est trop grand pour qu'on puisse raisonnablement le courir.

C'est le cas des ganglions enclavés, à la limite de fixation. La moindre poussée infectieuse peut provoquer leur fixation rapide, même au cours d'une surveillance rigoureuse, et compromettre les chances de succès du curage chirurgical.

Dans ces cas, on aura tout intérêt à désinfecter la lésion buccale par un traitement à la fois local et général, et à faire le curage, d'emblée, ou après un traitement radiothérapique préparatoire sur les adénopathies.

C'est aussi, comme nous l'avons déjà vu, le cas des ganglions petits et mobiles, accompagnant une

lésion buccale profondément infectée. Dans ces cas, le curage sera également pratiqué d'emblée après une désinfection soigneuse de la lésion primaire.

III. — IL EST ENFIN DES CAS OU L'ON TRAITERA EN MÊME TEMPS LA LÉSION PRIMITIVE ET LES ADÉNOPATHIES

L'indication de ce traitement simultané doit être posée dans tous les cas de petites adénopathies mobiles, suffisamment rapprochées de la lésion primitive pour qu'on puisse irradier, en un champ unique, le néoplasme initial et ses ganglions secondaires.

Cette indication nous paraît absolument générale, quelle que soit la localisation de la lésion primitive. Elle est remplie dans les épithéliomas de la base linguale, de l'amygdale, du pharynx et, vraisemblablement, certaines localisations linguales, telles que bords, pointe et plancher buccal, accompagnées d'adénopathies sous-maxillaires mobiles et bien limitées.

Secondairement, si la stérilisation des adénopathies ne paraît pas obtenue, il sera toujours temps de pratiquer un curage chirurgical.

On a pu reprocher à cette ligne de conduite les inconvénients d'un acte chirurgical accompli sur un territoire anciennement irradié. Nous avons vu, à propos des inconvénients des agents physiques, que ces craintes étaient injustifiées et que le curage ganglionnaire n'offrait aucune difficulté réelle dans les six premiers mois qui suivent une irradiation même intense.

CHAPITRE III

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES

Après avoir montré la nécessité du traitement systématique de toutes les adénopathies, et le moment opportun de ce traitement, il ne nous reste plus qu'à préciser les modes de traitements qui nous paraissent indiqués, dans chaque cas.

C'est ainsi que nous envisagerons, aussi schématiquement que possible, les indications de la radiothérapie, de la chirurgie, des associations radio-chirurgicales et enfin des traitements médicaux et biologiques.

I. — LES INDICATIONS DE LA RADIOTHÉRAPIE SEULE

Nous distinguerons les indications prophylactiques, puis les indications curatives, et enfin les indications palliatives.

a) Les indications prophylactiques.

L'usage de la radiothérapie préventive, dont nous avons vu l'incertitude d'action et les inconvénients, sera réservée aux territoires lympho-ganglionnaires qui seront nécessairement irradiés lors du traitement radiothérapique de la lésion initiale. Ainsi, elle ne constitue pas une irradiation supplémentaire puisqu'elle profite du rayonnement destiné au néoplasme primaire.

b) Les indications curatives.

Les indications curatives de la radiothérapie seule seront réservées à deux groupes de cas bien définis :

D'une part, à toutes les adénopathies mobiles, assez proches de la lésion primitive pour qu'on puisse irradier, dans un même champ, le néoplasme initial et ses territoires ganglionnaires.

Ainsi se trouve évité le principal reproche de la multiplication des champs, qui rend difficile l'utilisation curative systématique de la radiothérapie.

C'est le cas, constant, des adénopathies au cours des localisations de la base linguale, des amygdales, de l'épiglotte et du pharynx buccal.

Mais il nous paraît, au surplus, que cette règle, susceptible de heurter les données chirurgicales classiques, peut être étendue à d'autres localisations. C'est ainsi que certains néoplasmes du plancher buccal, des bords et de la pointe linguale peuvent être

soumis à un traitement uniquement radiothérapique, à la seule condition que leurs adénopathies soient bien limitées et uniquement sous-maxillaires.

D'autre part, à toutes les adénopathies inaccessibles au curage chirurgical.

Tel est le cas des ganglions rétro-pharyngiens, envahis, de façon constante au cours des néoplasmes pharyngiens, très souvent au cours des cancers amygdaliens et parfois au cours des épithéliomas de la base linguale.

Une forte pénétration du rayonnement étant nécessaire pour atteindre non seulement les adénopathies, mais également la lésion primitive, nous donnons toute notre préférence, pour le traitement curatif des adénopathies, à la télécuriethérapie, ou à la rœntgenthérapie pratiquée selon la méthode de COUTARD. Deux champs, un de chaque côté, sont habituellement nécessaires, sur chacun desquels on appliquera une dose de l'ordre de 300 MCD en télécuriethérapie et 35 à 40 H en rœntgenthérapie.

c) Les indications palliatives.

L'usage, à titre palliatif, de la radiothérapie seule n'a que quelques rares indications. Ces indications intéressent les petites adénopathies fixées, non suspectes d'infection ou de ramollissement.

II. — LES INDICATIONS DE LA CHIRURGIE SEULE

Comme pour la radiothérapie, nous envisagerons successivement les indications prophylactiques, curatives et palliatives.

a) Les indications prophylactiques.

Dans tous les cas où le néoplasme primitif ne s'accompagne d'aucune atteinte ganglionnaire cliniquement perceptible, le curage ganglionnaire trouve son indication de choix. Ses résultats éloignés sont infiniment supérieurs à ceux de la radiothérapie préventive et le curage chirurgical ménage toutes les possibilités d'irradiation ultérieure en cas de récurrence.

Le curage ganglionnaire sera donc pratiqué dans tous les cas de lésion buccale sans adénopathies perceptibles, de façon systématique. Il sera fait après le traitement de la lésion primitive.

L'intervalle libre entre la fin de ce traitement et l'intervention chirurgicale doit, en principe, être aussi court que possible. Mais pratiquement, pour diverses raisons, on laisse au malade un certain temps de repos.

Tout d'abord pour lui permettre, après un traitement souvent pénible, de rétablir son état général avec l'aide d'une médication appropriée.

Ensuite, pour laisser s'atténuer la poussée ganglionnaire inflammatoire qui accompagne la majorité des irradiations de la lésion buccale, surtout les curie-

punctures. Cette poussée se manifeste souvent par l'apparition de petits ganglions mous qui cèdent en quelques semaines aux thérapeutiques anti-infectieuses locales et générales.

C'est ainsi que suivant les cas, on fera, en pratique, le curage ganglionnaire de quinze jours à un mois après la fin du traitement de la lésion primitive.

Mais la nécessité de cette intervention préventive n'est malheureusement pas comprise par la grande majorité des malades. Ceux-ci, estimant le traitement de leur lésion buccale suffisant, ne comprennent pas toujours l'utilité d'une opération sur une région dont ils ne souffrent pas et où ils ne présentent aucune tumeur. Ils demandent à aller passer chez eux la convalescence qui précède l'opération, en promettant de revenir à la date qu'on leur fixe. On ne les revoit, généralement, que plusieurs mois après avec de volumineuses adénopathies fixées, au-dessus de toutes ressources thérapeutiques.

Les cas où le curage prophylactique n'a pu être pratiqué, pour cette raison ou pour le refus du malade, sont extrêmement nombreux dans nos observations.

C'est pour cela qu'on aura toujours intérêt à ne pas trop tarder pour intervenir quand le curage aura été décidé et, chaque fois que cela sera possible, à ne pas perdre le malade de vue avant la réalisation de son curage.

La mise en œuvre du curage ganglionnaire pourra être retardée, dans certains cas de néoplasmes des lèvres, chez des malades dont on peut effectuer, de

façon absolument certaine, une surveillance régulière. Ces cas sont, en fait, exceptionnels.

Seuls, *les néoplasmes buccaux, au cours desquels l'envahissement des ganglions rétro-pharyngiens est habituel, ne seront pas soumis au curage préventif.* C'est le cas des localisations de la base linguale, des amygdales, de la gouttière glosso-épiglottique et du pharynx buccal.

Le curage prophylactique sera *bilatéral* chaque fois que la lésion primitive débordera ou même seulement avoisinera la ligne médiane. Il sera *unilatéral*, chaque fois que la lésion initiale sera nettement unilatérale, mais tout curage pratiqué d'un seul côté sera total et devra intéresser largement la région sous-mentonnière des apophyses géni.

b) Les indications curatives.

Le curage ganglionnaire curatif sera utilisé dans toutes les adénopathies bien mobiles, situées trop loin de la lésion primitive pour qu'on puisse les irradier en même temps qu'elle.

La seule réserve intéresse les localisations néoplasiques au cours desquelles l'atteinte des ganglions rétro-pharyngiens est habituelle : Pharynx, base de langue, gouttière glosso-épiglottique et amygdales.

L'exérèse ganglionnaire sera toujours pratiquée, en principe, *le plus tôt possible après le traitement de la lésion primitive.* Dans les seuls cas de lésion initiale

très profondément infectée, dont le traitement risque de provoquer la fixation rapide des adénopathies, on sera autorisé à faire le curage d'emblée.

Le curage sera *unilatéral* au cours de toute lésion nettement latéralisée, et qui ne présente que des adénopathies unilatérales. Quelle que soit l'étendue de la lésion primitive, le curage cervical sera total et on rejettera formellement toute intervention partielle. En particulier on aura toujours soin de dépasser largement, en avant, la ligne médiane pour ne pas laisser échapper les ganglions géniens bien cachés et fréquemment envahis au cours des cancers buccaux antérieurs.

Le curage sera *bilatéral*, au cours de toute lésion débordant ou même seulement avoisinant la ligne médiane, et au cours de toute lésion nettement unilatérale mais présentant des ganglions bilatéraux. Dans ce cas on fera le curage en deux temps : un premier curage du côté cliniquement le moins atteint en tâchant de respecter la jugulaire interne, puis, une dizaine de jours après, si la jugulaire a pu être épargnée, on fera un curage total classique de l'autre côté. Ce délai entre les deux temps sera porté à un mois si l'on n'a pu éviter la ligature de la jugulaire interne du côté apparemment le moins atteint.

La seule exception au curage cervical total concerne les cas de petits néoplasmes des lèvres. Dans ce cas, le curage pourra être limité aux régions sous-maxillaires, mais il sera toujours bilatéral avec une attention particulière pour la région génienne et il

s'accompagnera toujours d'une vérification soigneuse des carrefours carotidiens.

Nous ne reviendrons pas ici sur la technique rigoureuse nécessaire pour assurer au curage chirurgical toute son efficacité.

La seule exception au curage systématique le plus tôt possible, concerne, comme pour le curage préventif, les petits néoplasmes des lèvres, sans adénopathies suspectes, mais là aussi, à la condition absolue, pratiquement exceptionnelle, d'une rigoureuse surveillance.

c) Les indications palliatives.

Les indications palliatives de la chirurgie seule, seront extrêmement limitées. On ne les pratiquera que la main forcée, devant de volumineuses adénopathies ulcérées. Mais on ne peut espérer là qu'une atténuation au martyre de ces malades et la survie n'est jamais importante.

III. — LES INDICATIONS DE L'ASSOCIATION RADIO-CHIRURGICALE

L'association des agents physiques et de la chirurgie est utilisée dans un très grand nombre de cas qui peuvent se résumer à deux indications générales :

Tout d'abord, les adénopathies vérifiées néoplasiques après curage.

Chaque fois que les adénopathies enlevées au cours d'un curage auront un examen histologique positif,

on complètera la chirurgie par une application radiothérapique externe.

Cette radiothérapie complémentaire sera faite dès que la cicatrisation du curage le permettra, c'est-à-dire, en pratique, une dizaine de jours après.

Elle sera confiée, soit à la curiethérapie externe par appareil moulé, soit plus rarement à la télécuriethérapie. La curiethérapie externe sera appliquée, de préférence, à une distance de 5 à 7 cm. ; comme nous l'avons vu, il n'est pas possible d'en préciser les doses de façon absolue. En télécuriethérapie on détruira environ 300 MCD en un champ unique.

Ensuite, les **adénopathies enclavées, à la limite de fixation.**

Dans ce cas, on pourra faire précéder le curage d'un temps radiothérapique destiné à faciliter l'exérèse, si l'on éprouve quelques craintes à son sujet. Ce traitement sera confié, soit à la télécuriethérapie, soit à la roentgenthérapie. Il n'est pas possible d'en préciser la dose en général car elle dépendra uniquement de l'action, plus ou moins rapide, du traitement sur la mobilité des ganglions. En tout cas, cette dose ne sera jamais trop accusée et en cas d'échec évident le curage sera effectué sans plus tarder.

Enfin, le curage sera toujours, quelle que soit la réponse histologique, suivi, comme précédemment, d'une irradiation complémentaire.

Cette conduite, d'irradiation pré et post-opératoire, pourra être également utilisée au cours de petites adénopathies fixées, mais ici, dès que les adénopathies

ont un certain volume on ne peut s'attendre à des résultats très prolongés.

IV. — LES INDICATIONS DES TRAITEMENTS MÉDICAUX ET BIOLOGIQUES

Les traitements médicaux et biologiques, généraux et locaux, sont des adjuvants précieux des traitements radio-chirurgicaux. Ils seront utilisés dans tous les cas où il sera nécessaire de lutter contre l'infection et l'affaiblissement de l'état général, avant, pendant et après les traitements classiques radiothérapiques ou chirurgicaux.

Ils sont susceptibles de rendre, dans beaucoup de cas, ces traitements plus faciles à appliquer correctement, et d'améliorer ainsi leurs résultats.

Utilisés seuls, dans un but palliatif, au cours d'énormes adénopathies infectées ou ulcérées, ils apporteront souvent aux malades une atténuation suffisante de leurs souffrances, leur donnant ainsi l'illusion, à défaut de la réalité, d'une guérison possible.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Nous avons utilisé pour cette étude 207 observations de malades traités au Centre Anticancéreux de *Lyon*.

Il ne s'agit pas d'une statistique des néoplasmes buccaux, et nous n'avons retenu que les observations présentant un certain intérêt pour le sujet de ce travail.

C'est aussi volontairement que nous avons limité la recherche des observations aux années 1935, 1936, 1937, début 1938. En effet, c'est au début de 1935 seulement que l'installation du Centre Anticancéreux de *Lyon* à l'Hôpital ÉDOUARD-HERRIOT a permis, grâce à la puissance des installations nouvelles, d'appliquer couramment la télécuriethérapie et la méthode de COUTARD en roentgenthérapie. Ces deux méthodes nous paraissent, en effet, à la base du traitement rationnel des adénopathies néoplasiques.

Les malades ont été opérés par M. le Professeur BÉRARD, ou sous sa direction par MM. les Docteurs BALLIVET, Marcel BÉRARD, DARGENT et A. MOREL.

Ils ont été soignés, pour la radiothérapie sous la direction de M. le Professeur PONTIUS, assisté, pour la curiethérapie, de M. le Docteur COLOMBET.

I. — ÉPITHÉLIOMA LINGUAL MARGINAL ANTÉRIEUR

1. — Homme 54 ans.

Bord de la langue antérieur gauche, très localisé.

Ganglions sous-maxillaires bilatéraux, du volume d'olives, mobiles.

Le 25-10-34.

Exérèse. Histologie: Papillome.

Mais on constate une infiltration rapide de la cicatrice linguale.

Le 10-11-34.

Curieppuncture:

12 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 28,80 MCD.

Le 19-11-34.

Curithérapie externe sur la lésion linguale.

S : 25 cm² ; D : 1 cm.

8 tubes de 50 mcd pendant 62 heures.

Dose totale : 24,80 MCD.

Le 12-1-35.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi par un spinocellulaire.

Le 31-1-35.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi par un spinocellulaire.

Le malade n'a pu être revu depuis le début de 1937.

2. — Homme 51 ans.

Moitié antérieure de la langue dans sa partie mobile.

Empâtement sous-maxillaire bilatéral et petits ganglions carotidiens droits.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 23-2-35.

Curieppuncture:

15 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 36 MCD.

Le 2-3-35.

Curiepuncture :

14 aiguilles de 20 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 20,16 MCD.

Le 8-5-35.

Le malade dont l'état général est très touché, refuse de continuer le traitement et rentre chez lui.

Décès le 21-5-35.

3. — Homme 78 ans.

Partie antérieure du bord droit infiltrant la langue en profondeur mais respectant le plancher.

Pas d'adénopathies perceptibles.

Biopsie : Épithélioma spinocellulaire.

Le 13-4-35.

Curiepuncture :

10 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 19,2 MCD.

Le 19-4-35.

Curiethérapie externe sur la lésion linguale.

S : 28 cm² ; D : 3 cm.

6 tubes de 50 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 36 MCD.

Le 29-5-35.

Le malade part en promettant de revenir dans un mois pour subir un curage ganglionnaire.

Le 28-5-39.

N'est jamais revenu jusqu'à maintenant. Va très bien.

Pas de ganglions.

4. — Homme 54 ans.

Tiers antérieur du bord droit, peu infiltrant.

Ganglions sous-maxillaires droits, sans caractères suspects.

Biopsie: Épithélioma sudoripare au début.

Le 25-7-35.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Le 5-8-35.

Le malade sort et reviendra dans 8 jours pour la suite du traitement.

Il n'a pas été possible de le revoir.

5. — *Homme 56 ans.*

Bord droit antérieur, débordant la ligne médiane et envahissant le plancher à gauche.

Adénopathie sous-maxillaire gauche fixée, du volume d'une noisette.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 22-10-35.

Curiepuncture sur la moitié gauche de la lésion.

10 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 24 MCD.

Le 28-10-35.

Curiepuncture sur la moitié droite de la lésion.

8 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 19,2 MCD.

Le 4-11-35.

Curiethérapie externe sur le plancher buccal.

S : 60 cm² ; D : 5 cm.

12 tubes de 50 mcd pendant 12 jours.

Dose totale : 180 MCD.

Le 18-3-36.

Continuation d'évolution locale rapide.

Décès le 14-9-36.

6. — *Homme 62 ans.*

Tiers antérieur du bord gauche.

Ganglions sous-maxillaires bilatéraux, surtout volumineux à gauche.

Biopsie: Épithélioma lobulé spinocellulaire.

Le 10-8-36.

Télécuriethérapie:

Champ gauche : 294 MCD.

Champ droit : 294 MCD.

Le 24-9-36.

Curiepuncture:

10 aiguilles de 20 mcd pendant 2 jours.

Dose totale : 9,6 MCD.

Complément :

7 aiguilles de 20 et 6 aiguilles de 10 pendant 2 jours.

Dose totale : 9,6 MCD.

Le 10-11-36.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi par un spinocellulaire.

Le 26-11-36.

Hémiglossectomie gauche subtotal.

Histologie : Pas de néoplasme.

Le 18-3-37.

Curage sous-maxillaire droit.

Histologie : Pas de néoplasme.

Le 27-8-37.

Apparition d'une ulcération sous-mentale sur la cicatrice du curage sous-maxillaire.

Biopsie : Épithélioma spinocellulaire.

Le 3-9-37.

Curiepuncture externe sous-maxillaire droite.

S : 98 cm² ; D : 4 cm.

24 tubes de 50 mcd pendant 44 heures.

Après une dose totale de 52,8 MCD on interrompt le traitement que le malade ne peut plus supporter.

Le 14-9-37.

Röntgenthérapie:

200 KV ; 4 millis ; 20/10 de CU ; $\bar{D}$: 50 cm.

200 r par jour.

Dose totale : 24 H sur la région sous-maxillaire droite.

Le 16-11-37.

L'envahissement sous-maxillaire n'a pu être arrêté.

Décès février 38.

7. — *Homme 67 ans.*

Moitié antérieure de la langue envahissant la face inférieure et les deux régions sublinguales.

Grosse adénopathie carotidienne droite, fixée.

Biopsie: Épithélioma lobulé spinocellulaire.

Le 25-3-37.

Curage cervical droit total.

Histologie : Envahissement par spinocellulaire.

Décès le 15-7 37 par envahissement local.

8. — *Homme 52 ans.*

Cancer marginal antérieur droit, envahissant la région sublinguale droite, le frein et en profondeur la région sublinguale gauche.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Adénopathie sous maxillaire, bilatérale, dure, mobile.

Le 24-6-37.

Curage cervical droit total très difficile en raison de l'adhérence des ganglions à la base du crâne.

Histologie : Envahissement néoplasique des ganglions.

Le 3-7-37.

Curage cervical gauche.

Syncope et mort après ligature de la jugulaire interne.

Histologie : Ganglions envahis par un spinocellulaire.

9. — *Homme 61 ans.*

Bord gauche antérieur, envahissant la pointe et débordant la ligne médiane.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde.

Le 25-11-37.

Télécuriethérapie:

529 MCD champ cervical gauche.

220 MCD champ cervical droit.

Le 4-1-38.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Le 6-9-38.

Apparition d'une adénopathie cervicale gauche, du volume d'un œuf de poule, immédiatement au dessous du champ irradié par télécuriethérapie. Aucun ganglion n'est perçu dans la zone irradiée.

Le 8-9-38.

Curage cervical gauche total sans aucune difficulté dans la zone irradiée, mais laborieux au niveau de la masse ganglionnaire qui adhère jusqu'à l'œsophage.

Histologie : Pas de néoplasme.

Le 22-9-38.

Curiethérapie externe sur la région cervicale gauche.

S : 70 cm² ; D : 4 cm.

12 tubes de 50 mcd pendant 10 jours.

Dose totale : 155 MCD.

Le 20-5-39.

Rien de suspect dans les territoires lymphatiques. Une petite zone linguale suspecte a nécessité une curiepuncture.

10. — *Homme 60 ans.*

Bord droit envahissant la pointe.

Petits ganglions sous-maxillaires droits, durs.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire kératinisant.

Le 10-12-37.

Télécuriethérapie :

382,2 MCD sur champ cervical droit.

Le 11-4-38.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 10 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 4,32 MCD.

Le 13-10-38.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 22-10-38.

Hémiglossectomie droite pour un petit noyau lingual résiduel.

Histologie : Épithélioma spinocellulaire.

Le 4-11-38.

Curiethérapie externe sur la langue.

S : 176 cm² ; D : 4 cm.

30 tubes de 50 mcd pendant 10 jours.

Dose totale : 360 MCD.

Le 22-3-39.

Pas de récurrence locale ou ganglionnaire.

11. — Homme 47 ans.

Bord gauche antérieur, envahissant la face inférieure et le plancher.

Adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche, du volume d'une grosse olive, mobile.

Biopsie : Épithélioma pavimenteux spinocellulaire.

Le 16-12-37.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 27-5-38.

Télécuriethérapie :

455 MCD sur la lésion et la région cervicale à gauche.

279 MCD à droite.

Le 29-7-38.

Curiepuncture:

6 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Le 5-11-38.

Va bien.

12. — *Homme 66 ans.*

Moitié antérieure du bord gauche.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 10-1-38.

Télécuriethérapie:

338 MCD sur la lésion et la région cervicale gauche.

Ce traitement est interrompu par une violente crise d'un
ulcus gastrique ancien. Le malade part.

Décès le 15-4-38.

13. — *Homme 71 ans.*

Marginal antérieur droit, superficiel.

Pas d'adénopathie perceptible.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 7-5-38.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Le 14-5-38.

Télécuriethérapie:

455,7 MCD sur la lésion et la région sous-maxillaire
droite..

Le 3-6-38.

Curiepuncture sur un petit noyau résiduel.

4 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 3,84 MCD.

Le 28-5-39.

Excellent état local et cervical.

14. — *Homme 63 ans.*

Marginal gauche antérieur, envahissant le plancher et débordant la ligne médiane.

Petits ganglions cervicaux à gauche.

Biopsie: Épithélioma lobulé pavimenteux intermédiaire.

Le 15-6-38.

Curiethérapie intra-buccale.

4 tubes de 100 mcd pendant 40 heures.

Dose totale : 16 MCD.

Le 29-9-38.

Pas d'amélioration nette de la lésion primitive.

Augmentation rapide de volume des ganglions cervicaux.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 12-1-39.

Envahissement total de la langue au-dessus de toutes ressources.

II. — ÉPITHÉLIOMA LINGUAL MÉSO-MARGINAL

15. — *Homme 62 ans.*

Méso-marginal gauche, étendu vers la pointe et la base mais respectant le plancher et la ligne médiane.

Pas d'adénopathies perceptibles.

Biopsie: Épithélioma ectodermique atypique.

Le 20-10-34.

Curiepuncture:

16 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 38,4 MCD.

Le 26-11-34.

Curiethérapie intra-buccale:

S : 25 cm² ; D : 1 cm.

5 tubes de 100 mcd pendant 60 heures.

Dose totale : 30 MCD.

Le 3-5-38.

Le traitement a été suivi de troubles dystrophiques considérables. Il existe une lésion sphacélique en voie d'élimination avec une grosse réaction infectieuse buccale. On fait une gastrotomie.

Décès en 7-38 au cours de phénomènes septicémiques.

16. — *Homme 71 ans.*

Méso-marginal droit envahissant la partie postérieure du bord droit, sans déborder la ligne médiane.

Petits ganglions carotidiens droits sans caractères suspects.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 4-5-35.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Puis :

11 aiguilles de 20 pendant 3 jours.

Dose totale : 15,84 MCD.

Le 31-5-35.

Curiethérapie externe sur la langue.

S : 50 cm² ; D : 4 cm.

12 tubes de 50 mcd pendant 8 jours.

Dose totale : 115,2 MCD.

Le malade part en refusant le curage.

Décès le 5-3-37.

17. — *Homme 55 ans.*

Méso-marginal droit envahissant la base jusqu'au pilier et le plancher.

Pas d'adénopathies perceptibles.

Biopsie: Épithélioma pavimenteux.

Le 10-5-35.

Curiepuncture:

9 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 17,28 MCD.

Le 26-10-35.

Hémorragies au niveau de la lésion en réparation.

Petits ganglions sous-maxillaires droits.

Curage sous-maxillaire droit. Ligature de la linguale.

Le 30-6-36.

Adénopathie sous-maxillaire et carotidienne droite.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Décès le 10-10-36.

18. — *Homme 68 ans.*

Méso-marginal droit assez limité en surface et profondeur.

Pas d'adénopathies perceptibles.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 25-5-35.

Glossectomie partielle.

Le 2-6-36.

Récidive *in situ*. Pas de ganglions.

Biopsie : Spinocellulaire.

Le 5-6-36.

Curiepuncture:

10 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 19,2 MCD.

Le 10-6-36.

Télécuriethérapie:

294 MCD sur un champ carotidien droit et lingual.

Le 24-4-37.

Apparition de ganglions carotidiens gauches.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Pas de néoplasme.

Décès le 6-11-37.

19. — *Homme 36 ans.*

Méso-marginal gauche envahissant la pointe, la base et le plancher buccal.

Adénopathies sous-angulo-maxillaire et carotidienne à

droite, et sous-maxillaire à gauche. Tous ces ganglions sont du volume de billes et mobiles.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 31-5-35.

On apprend que le malade a eu, il y a quatre mois, une curiepuncture en dehors du Centre Anticancéreux.

Curiethérapie externe sur tout le plancher buccal.

S : 125 cm² ; D : 4 cm.

18 tubes de 100 mcd pendant 170 heures.

Dose totale : 306 MCD.

Le 26-6-35.

Apparition de ganglions sus-claviculaires gauches.

Décès le 27-1-36 par ulcération de la carotide primitive gauche due aux adénopathies.

20. — *Homme 49 ans.*

Méso-marginal gauche peu infiltrant.

Petits ganglions sous-maxillaires gauches.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 26-8-35.

Curiepuncture:

12 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 28,8 MCD.

Le 5-9-35.

Curiethérapie externe sur les ganglions sous-maxillaires.

S : 66 cm² ; D : 4 cm.

16 tubes de 50 mcd pendant 245 heures.

Dose totale : 198 MCD.

Décès le 20-9-35. Cause non précisée.

21. — *Femme 40 ans.*

Méso-marginal droit bien limité.

Pas d'adénopathies perceptibles.

Biopsie: Épithélioma malpighien spinocellulaire.

Le 5-9-35.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 19,2 MCD.

Le 18-9-35.

Rœntgenthérapie :

300 KV ; 3 millis ; 20/10 CU à 50 cm.

200 r par jour.

Dose totale :

32 H sur la joue droite.

32 H sur la région sous-maxillaire droite.

Le 29-10-35.

Curiepuncture sur un petit noyau lingual résiduel.

8 aiguilles de 10 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Le 28-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

22. — Homme 65 ans.

Méso-marginal gauche envahissant le plancher.

Adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche, du volume d'une olive, mobile.

Biopsie : Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 2-11-35.

Curiepuncture :

12 aiguilles de 20 mcd. Après 3 jours, soit une dose totale de 17,28 MCD, le malade arrache ses aiguilles et part.

Décès à une date non précisée.

23. — Homme 52 ans.

Méso-marginal gauche envahissant le plancher.

Adénopathie carotidienne droite, du volume d'une mandarine, fixée.

Biopsie : Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 22-2-36.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 16-3-36.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 17,36 MCD.

Le 27-3-36.

Télécuriethérapie : Après de multiples interruptions nécessitées par des poussées de température, le malade reçoit 294 MCD sur le bord gauche de la langue. Malgré ce traitement on note une évolution rapide des lésions primitives et l'apparition de ganglions sous-maxillaires gauches.

Décès en 4-36.

24. — *Homme 72 ans.*

Méso-marginal gauche envahissant le plancher et la muqueuse du maxillaire inférieur gauche.

Petite adénopathie sous-maxillaire droite.

Biopsie : Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 27-4-36.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur la région cervicale gauche et la langue.

294 MCD sur un champ identique droit.

Le 15-9-36.

Curiepuncture sur un nodule lingual résiduel.

8 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Le 17-2-37.

Apparition rapide d'une masse carotidienne droite.

Curage cervical droit total.

Histologie négative.

Décès le 26-8-37 avec des ganglions cervicaux bilatéraux.

25. — *Homme 53 ans.*

Méso-marginal gauche envahissant la base.

Petite adénopathie sous-maxillaire gauche.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 4-7-36.

Curiepunkture:

10 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 19,2 MCD.

Le 11-7-36.

Rœntgenthérapie:

200 KV ; 4 millis ; 20/10 CU à 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale :

24 H sur un champ latéral droit lingual et sous-maxillaire.

39 H sur un même champ à gauche.

Le 18-3-37.

Régression considérable des ganglions sous-maxillaires.

Curage cervical gauche total.

Décès le 27-3-37 de complications pulmonaires.

26. — *Homme 58 ans.*

Méso-marginal gauche.

Adénopathies sous-maxillaires bilatérales, surtout à gauche.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 13-8-36.

Curiepunkture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Le 17-8-36.

Rœntgenthérapie:

200 KV ; 4 millis ; 20/10 CU ; 50 cm.

200 r. par jour.

Dose totale :

38 H sur un champ lingual et sous-maxillaire gauche.

Le 15-12-37.

La lésion primitive ne paraît pas stérilisée.

Pas de ganglions.

Le malade n'est pas revu depuis.

27. — *Femme 67 ans.*

Méso-marginal droit.

Volumineuse adénopathie sous-maxillaire et carotidienne droite.

Le 7-1-37.

Exérèse de la tumeur linguale.

Le 1-2-37.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 26-3-37.

Télécuriethérapie : 294 MCD sur la région cervicale droite.

Le 20-5-39.

Il n'a pas été possible de revoir la malade,

28. — *Homme 41 ans.*

Méso-marginal droit.

Petit ganglion rétro-maxillaire droit.

Biopsie : *Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.*

Le 1-2-37.

Curiepuncture :

10 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 19,2 MCD.

Le 10-2-37.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 15-3-37.

Télécuriethérapie : 294 MCD sur la région cervicale droite

Décès le 29-7-37, cause non précisée.

29. — *Homme 64 ans.*

Méso-marginal droit.

Adénopathie sous-maxillaire droite.

Biopsie: Épithélioma pavimenteux diffus.

Le 6-2-37.

Curie-puncture:

15 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 28,8 MCD.

Le 13-2-37.

Rœntgènthérapie:

200 KV ; 4 millis ; 20/10 CU à 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale :

39 H sur champ sous-maxillaire droit.

Décès le 15-3-37 par cachexie rapide.

30. — *Homme 60 ans.*

Méso-marginal droit avec envahissement du plancher et du maxillaire inférieur.

Petit ganglion sous-maxillaire droit, mobile.

Le 6-4-37.

Curage cervical droit total.

Histologie : ganglion envahi.

Le 1-5-37.

Télécuriethérapie: Traitement interrompu après 30 MCD en raison du très mauvais état général.

Décès le 15-10-37.

31. — *Homme 61 ans.*

Méso-marginal gauche.

Ganglions sous-maxillaires et carotidiens gauches, encore mobiles.

Biopsie: Épithélioma glandulaire métaplasique.

Le 1-3-37.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 24-4-37.

Télécuriethérapie : 426,3 MCD sur champ cervical gauche.

Décès à une date non précisée.

32. — *Homme 58 ans.*

Méso-marginal gauche, envahissant la base et le plancher.

Volumineuse adénopathie carotidienne droite et petit ganglion sous-angulo-maxillaire gauche.

Biopsie : *Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.*

Le 14-6-37.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 28-6-37.

Télécuriethérapie :

352,8 MCD sur lésion primitive et région sous-maxillaire gauche.

Grosse altération de l'état général.

Décès le 8-1-38.

33. — *Homme 72 ans.*

Méso-marginal gauche envahissant le sillon glosso-gingival gauche.

Ganglions sous-maxillaires et carotidiens droits.

Biopsie : *Épithélioma pavimenteux lobulé.*

Le 29-6-37.

Télécuriethérapie : 352,8 MCD sur champ sous-maxillaire et lingual gauche.

Le 7-9-37.

Curage cervical droit.

Histologie : Ganglion envahi.

Décès le 14-9-37 au cours d'une septicémie à pneumocoques.

34. — *Homme 54 ans.*

Méso-marginal gauche bien localisé.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, surtout à gauche.

Biopsie : *Épithélioma spinocellulaire.*

Le 3-9-37.

Curiepuncture :

7 aiguilles de 10 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 8,40 MCD.

Puis :

6 aiguilles de 10 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 4,32 MCD.

Le 31-3-38.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 26-4-38.

Curiethérapie externe sur la région cervicale gauche.

S : 140 cm² ; D : 4 cm.

22 tubes de 50 pendant 174 heures.

Décès le 22-5-38 par septicémie à streptocoques après un érysipèle facial.

35. — *Homme 59 ans.*

Méso-marginal gauche.

Adénopathie sous-maxillaire gauche, dure, mobile.

Petits ganglions, sans caractères très suspects, à droite.

Biopsie : *Épithélioma spinocellulaire.*

Le 17-9-37.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Puis :

7 aiguilles de 10 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 5,76 MCD.

Le 20-11-37.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 8-3-39.

Excellent résultat lingual et cervical.

36. — *Homme 44 ans.*

Méso-marginal gauche.

Volumineux ganglions sous-maxillaires et carotidiens, bilatéraux fixés, surtout à gauche.

Biopsie : Épithélioma pavimenteux.

Le 3-2-38.

Télécuriethérapie :

455 MCD sur champ cervical et sous-maxillaire gauche.

294 MCD sur même champ droit.

Régression considérable des ganglions, mais le malade, très éprouvé par le traitement, quitte le Centre Anticancéreux. Il n'a pas été possible d'avoir de ses nouvelles actuellement.

37. — *Homme 77 ans.*

Méso-marginal droit assez étendu, mais respectant le plancher.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie : Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 1-10-38.

Curiepuncture :

10 aiguilles de 20 mcd pendant 2 jours.

Dose totale : 9,6 MCD.

Puis :

10 aiguilles de 20 mcd, 4 jours.

Dose totale : 19,2 MCD.

Décès le 15-10-38 de pneumonie.

III. — ÉPITHÉLIOMA LINGUAL MARGINAL POSTÉRIEUR

38. — *Homme 53 ans.*

Marginal postérieur gauche atteignant la base du pilier antérieur.

Ganglions sous-maxillaires et carotidiens gauches, fixés.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 16-5-35.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Le 24-5-35.

Curiethérapie externe sur 2 champs de 36 cm² : Joue gauche et sous-maxillaire gauche. Distance : 4 cm.

24 tubes de 50 mcd pendant 120 heures.

Dose totale sur les deux champs : 144 MCD.

On note une régression considérable des adénopathies, mais l'état général est précaire. Le malade rentre chez lui.

Décès en 4-36, cause non précisée.

39. — *Homme 62 ans.*

Marginal postérieur droit, infiltration profonde mais limitée à la langue et ne débordant pas la ligne médiane.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde.

Le 17-6-35.

Curiepuncture: 8 aiguilles de 20 mcd. Après 2 jours, soit 7 MCD, le malade arrache ses aiguilles et part.

Le 15-7-36.

Revient avec une lésion locale ayant peu progressé, mais il existe une volumineuse adénopathie sous-angulo-maxillaire droite à la limite de la fixation.

Le 23-7-36.

Curage cervical droit total très laborieux ; il existe des ganglions jusque dans le creux sus-claviculaire.

Histologie : Ganglion envahi.

Décès le 7-1-37.

40. — *Homme 62 ans.*

Marginal postérieur droit, bien localisé.

Petit ganglion sous-maxillaire droit.

Biopsie : *Épithélioma lobulé spinocellulaire.*

Le 28-8-35.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 19,20 MCD.

Le 5-9-35.

Ræntgenthérapie.

200 KV ; 4 millis ; 20/10 CU ; D : 50 cm.

200 r par jour.

Dose totale :

22 H sur champ sous-maxillaire droit.

20 H sur joue droite.

Le malade, dont le petit ganglion a disparu, quitte le service en excellent état ; il n'a pas été possible de le revoir.

41. — *Homme 67 ans.*

Marginal postérieur gauche, bien limité.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie : *Épithélioma épidermoïde spinocellulaire dyskeratosique.*

Le 2-11-35.

Curiepuncture :

12 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 28,8 MCD.

Le 13-2-36.

Bon état local. Pas de ganglions, mais apparition de symptômes d'asystolie grave qui font cesser tout traitement.

Décès le 9-8-36.

42. — *Homme 37 ans.*

Marginal postérieur droit infiltrant la langue, en avant presque jusqu'à la pointe, en arrière jusqu'à l'épiglotte et débordant largement la ligne médiane.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 15-11-35.

Rœntgenthérapie:

300 KV ; 3 millis ; 20/10 CU ; D 50.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale :

15 H sur champ sous-maxillaire droit.

15 H sur la langue.

Puis *télécuriethérapie:*

102,9 MCD sur champ lingual droit.

219,5 MCD sur champ lingual gauche.

102,9 MCD sur champ sous-maxillaire droit.

219,5 MCD sur même champ gauche.

Le 6-5-36.

Infiltration totale de la langue à évolution très lente.

Décès en 1938.

43. — *Homme 49 ans.*

Marginal postérieur droit, ne débordant pas la ligne médiane.

Ganglions sous-maxillaires bilatéraux.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 26-8-35.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 19,20 MCD.

Le 11-9-35.

Bon résultat local, mais apparition de ganglions carotidiens du volume de billes, à droite.

Le 5-9-35.

Raëntgenthérapie :

300 KV ; 3 millis ; 20/10 CU.

200 r par jour à 50 cm.

Dose totale :

32 H sur la joue droite.

32 H sur les adénopathies droites.

Le 11-12-35.

Disparition des ganglions. Bon état local.

Décès le 20-6-37 par reprise de l'évolution locale, sans adénopathies.

44. — *Homme 37 ans.*

Marginal postérieur droit, envahissant le plancher.

Adénopathie rétro-maxillaire droite, fixée, du volume d'une orange.

Biopsie: Épithélioma pavimenteux des muqueuses.

Le 26-8-35.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 19,20 MCD.

Le 2-9-35.

Curiethérapie externe sur l'adénopathie.

S : 91 cm² ; D : 5 cm.

13 tubes de 50 mcd et 5 de 100 mcd.

237 heures en tout, soit 273 MCD.

Régression considérable des ganglions qui restent fixés.

Décès le 15-2-36.

45. — *Homme 61 ans.*

Marginal postérieur droit, envahissant le plancher.

Adénopathie carotidienne droite, du volume d'une noix, à la limite de la fixation.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 4-7-36.

Télécuriethérapie :

240 MCD sur la lésion primitive et son adénopathie
par champ droit.

Le 20-7-36.

Curiepuncture :

12 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 24,03 MCD.

Le 3-8-36.

Télécuriethérapie : 135 MCD sur champ lingual gauche.

Le 3-11-36.

Le ganglion a considérablement diminué et est mobile,
mais le malade veut partir.

Le 16-5-39.

Excellent état local. Le ganglion n'a pas bougé.

46. — *Homme 71 ans.*

Marginal postérieur droit, envahissant le sillon maxillo-
lingual. Petit ganglion sous-maxillaire droit.

Biopsie : *Épithélioma atypique.*

Le 20-7-36.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Le 27-7-36.

Télécuriethérapie : 420 MCD sur champ lingual et
sous-maxillaire droit.

Le 13-1-37.

Excellent résultat. Disparition totale du ganglion. Le
malade n'a pu être revu.

47. — *Homme 60 ans.*

Marginal postérieur gauche.

Petits ganglions sous-maxillaires, bilatéraux, mobiles.

Biopsie : *Épithélioma spinocellulaire.*

Le 4-7-36.

Curiepuncture:

6 aiguilles de 20 cmd pendant 4 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Le 11-7-36.

Ræntgenthérapie:

200 KV ; 4 millis, 20/10 CU. Dist. : 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale : 21 H sur langue et région sous-maxillaire
à gauche.

Le 13-8-36.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 4-9-36.

Curiepuncture:

7 aiguilles de 20 cmd pendant 3 jours.

Dose totale : 10,08 MCD.

Le 8-9-36.

*Curiethérapie externe sous-maxillaire et carotidienne
gauche :*

S : 96 cm² ; D : 4 cm.

16 tubes de 50 cmd pendant 15 jours.

Dose totale : 288 MCD.

Le 15-5-39.

Excellent résultat.

48. — *Homme 71 ans.*

Marginal postérieur droit.

Petits ganglions sous-maxillaires et carotidiens droits.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire dyskératosique.

Le 29-9-36.

Télécuriethérapie: 485 MCD sur la région linguale et
cervicale droite.

Grosse amélioration, mais le malade veut partir et il est
impossible de le revoir.

49. — *Homme 42 ans.*

Marginal postérieur gauche, volumineux mais peu infiltrant.

Petite adénopathie sous-maxillaire gauche, mobile.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire dyskérotosique.

Le 24-10-36.

Curiepuncture:

12 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 24,03 MCD.

Le 10-11-36.

Rœntgenthérapie:

200 KV ; 4 millis, 20/10 CU ; D : 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale : 55,5 H sur un champ lingual et sous-maxillaire gauche.

Le 6-7-37.

L'évolution de la lésion primitive a repris vers le plancher et le maxillaire. Les ganglions sous-maxillaires gauches ont repris leur évolution et de petits ganglions carotidiens gauches sont apparus.

Curage sous-maxillaire gauche.

Histologie : Ganglions non envahis.

Décès le 25-7-37 par progression de la lésion primitive.

50. — *Homme 60 ans.*

Marginal postérieur droit, envahissant la loge amygdalienne et le plancher buccal.

Ganglions sous-maxillaires bilatéraux, mobiles.

Ganglions carotidiens droits, mobiles.

Ganglions sus-claviculaires bilatéraux, petits, mobiles.

Il faut noter que le malade est un bacillaire avéré.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 15-4-36.

Télécuriethérapie:

294 MCD sur la langue et la région cervicale droite.

294 MCD sur même champ gauche.

On note dans les mois qui suivent une lente régression des ganglions, mais la lésion linguale n'est nullement stérilisée et infiltre peu à peu le plancher buccal.
Décès le 25-10-36.

51. — *Homme 34 ans.*

Marginal postérieur gauche envahissant la loge amygdalienne.

Volumineuse adénopathie sous-maxillaire gauche fixée.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 2-11-36.

Télécuriethérapie:

279,3 MCD sur la langue et la région cervicale gauche.

279,3 MCD sur même champ à droite.

Le 3-1-37, *décès*, après une phase de cachectie rapide avec température à 40°.

52. — *Homme 81 ans.*

Marginal postérieur gauche.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 5-1-37.

Télécuriethérapie:

235,2 MCD sur la langue et la région sous-maxillaire droite.

323,4 MCD sur un même champ gauche.

Le 1-2-37.

Le malade veut partir.

Décès en 7-37.

53. — *Homme 64 ans.*

Marginal postérieur gauche, envahissant le plancher.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, mobiles.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 12-6-37.

Télécuriethérapie: 441 MCD sur la région cervicale et la langue à gauche.

Disparition rapide des ganglions.

Le 17-5-38.

Curiepointure sur un petit noyau lingual résiduel.

8 aiguilles de 20 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Puis :

4 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Le 25-5-39.

Excellent état. Pas de ganglions.

54. — *Homme 70 ans.*

Marginal postérieur droit.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: *Épithélioma lobule pavimenteux.*

Le 4-1-38.

Télécuriethérapie: Après 286 MCD sur la région cervicale droite et la langue, le malade refuse de continuer le traitement.

Le 24-2-38.

Extension rapide des lésions linguales ; on reprend la *télécuriethérapie*: 308,7 MCD sur la région linguale et cervicale gauche.

Décès en 12-38.

55. — *Femme 79 ans.*

Marginal postérieur droit.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: *Épithélioma spinocellulaire.*

Le 9-8-37.

Télécuriethérapie: 308,7 MCD sur langue et région sous-maxillaire droite.

Décès en 1938.

56. — *Homme 62 ans.*

Marginal postérieur gauche, envahissant le pilier antérieur.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire kératinisant.

Le 17-2-38.

Curiepuncture:

6 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 5,76 MCD.

Télécuriethérapie:

Le 24-2-38.

455 MCD sur langue et région cervicale gauche.

294 MCD sur même champ à droite.

Le 25-5-39.

Empâtement cervical à gauche. Langue en bon état.

57. — *Homme 57 ans.*

Marginal postérieur gauche, atteignant la ligne médiane.

Volumineuse adénopathie carotidienne haute fixée et petits ganglions sous-maxillaires suspects à gauche.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 17-3-38.

Ligature de la carotide externe gauche et de la linguale pour hémorragies.

Le 30-3-38.

Télécuriethérapie:

338 MCD sur la langue et la région cervicale gauche.

308 MCD sur un même champ à droite.

Le 29-6-38.

Disparition des adénopathies.

Décès le 7-1-39 par continuation de l'évolution linguale.

58. — *Homme 48 ans.*

Marginal postérieur droit.

Petite adénopathie carotidienne haute à droite.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 13-5-38.

Curiepuncture:

6 aiguilles de 10 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 7,2 MCD.

Puis :

4 aiguilles de 10 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 2,88 MCD.

Le 28-5-38.

Curage cervical droit total.

Histologie négative.

Le 17-10-38.

Curiethérapie externe sur la région cervicale droite.

24 tubes de 50 à 5 cm pendant 275 heures.

Dose totale : 330 MCD.

Le 29-3-39.

Excellent état.

IV. — ÉPITHÉLIOMA DE LA BASE DE LA LANGUE

59. — *Homme 54 ans.*

Base totale.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, mobiles.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 26-6-35.

Curiethérapie externe sur deux champs latéraux de 35 cm²
comprenant la lésion primitive et les ganglions.

D : 4 cm.

20 tubes de 50 mcd par champ pendant 170 heures.

Dose totale par champ : 85 MCD.

Continuation d'évolution rapide et *décès* le 30-1-36.

60. — *Homme 61 ans*

Base de langue droite envahissant la ligne médiane et la
gouttière glosso-épiglottique.

Volumineux ganglion carotidien droit, à la limite de fixation. Petit ganglion sous-maxillaire gauche.

Biopsie: Épithélioma alvéolaire à point de départ glandulaire.

Le 29-6-35.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglions envahis.

Le 9-8-35.

Curiethérapie externe sur la base de langue et la région cervicale droite.

S : 80 cm² ; D : 4 cm.

12 tubes de 50 mcd. On interrompt après 144 MCD en raison du mauvais état général du malade.

Décès le 2-10-35.

61. — *Homme 54 ans.*

Base de langue gauche, envahissant la gouttière gauche.

Gros ganglions sous-angulo-maxillaires et carotidiens gauches à la limite de fixation.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 4-2-36.

Télécuriethérapie :

308,7 MCD sur champ lingual et cervical gauche.

294 MCD sur champ carotidien gauche.

Grosse amélioration immédiate.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

62. — *Homme 59 ans.*

Base bilatérale surtout à gauche, envahissant l'épiglotte et la gouttière gauche.

Adénopathie carotidienne gauche du volume d'une noix, fixée. Pas de ganglions perceptibles à droite.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 21-2-36.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist : 50.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale :

45 H sur champ lingual gauche.

21 H sur champ lingual droit.

45 H sur ganglion carotidien gauche.

Le 15-6-36.

On ne trouve plus trace de ganglions.

Le 24-7-36.

Reprise de l'évolution locale. Petits ganglions carotidiens.

Décès le 17-11-36 par envahissement rapide de la lésion linguale.

63. — *Homme 51 ans.*

Base de langue droite envahissant les piliers droits.

Ganglion rétro-angulo-maxillaire droit, du volume d'une mandarine, fixé. Ganglion carotidien droit, du volume d'une noix, mobile.

Biopsie : Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 17-4-36.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 7/10 CU, Dist : 50 cm.

500 r 3 fois par semaine.

Dose totale :

30 H sur champ lingual et cervical droit.

20 H sur même champ gauche.

Le 11-6-36.

Régression presque totale des ganglions, mais la lésion linguale poursuit son évolution.

Décès le 16-4-37.

64. — *Homme 56 ans.*

Base de langue à droite envahissant le larynx.

Grosse adénopathie sous-maxillaire droite, petite à gauche.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 20-6-36.

Rœntgenthérapie:

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale :

39 H sur langue et région cervicale à droite.

24 H sur même champ gauche.

Le 1-11-36.

Excellent résultat. Pas de ganglion.

Le 8-6-39.

L'excellent résultat persiste. Pas de ganglions.

65. — *Homme 55 ans.*

Base de langue droite envahissant le pilier antérieur et l'épiglotte.

Empâtement diffus, très suspect, des deux régions sous-maxillaires, surtout à droite.

Biopsie: Épithélioma pavimenteux.

Le 30-7-36.

Télécuriethérapie:

405 MCD sur champ lingual et cervical droit.

360 MCD sur même champ gauche.

Le 1-12-36.

Progression rapide des lésions linguales après un temps d'arrêt. Pas de ganglions suspects.

Décès le 15-12-36, après gastrostomie et trachéotomie d'urgence.

66. — *Homme 58 ans.*

Base de langue gauche, volumineuse.

Énorme adénopathie carotidienne gauche, fixée. Petite adénopathie sous-maxillaire gauche.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 7-9-36.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglions envahis.

L'état général décline très rapidement et ne permet pas de poursuivre le traitement.

Décès le 14-11-36.

67. — *Homme 57 ans.*

Base de langue droite envahissant le bord droit et le pilier antérieur.

Grosse adénopathie carotidienne droite, fixée.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 12-11-36.

Rœntgenthérapie:

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale :

39 H sur champ lingual et cervical droit.

21 H sur même champ gauche.

Le 17-2-37.

Excellent résultat local. Grosse diminution des ganglions dont il ne reste qu'un peu d'empâtement carotidien.

État général très touché.

Décès le 8-3-37.

68. — *Femme 62 ans.*

Base de langue à droite.

Petits ganglions à droite.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 19-2-37.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Le 27-2-37.

Curage cervical droit total.

Histologie: Adénite chronique.

Le 15-4-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

200 r par jour.

Après une dose de 6 H, la malade refuse de continuer et part.

Il n'a pas été possible de la revoir.

69. — *Homme 46 ans.*

Base de langue droite, envahissant le bord droit, le sillon maxillo-lingual et la gencive.

Adénopathie carotidienne droite, mobile.

Biopsie : Épithélioma spinocellulaire.

Le 16-3-37.

Télécuriethérapie :

249,9 MCD sur champ lingual et cervical droit.

308,7 MCD sur même champ gauche.

Le 21-7-37.

Pas de ganglions perceptibles mais continuation de l'évolution linguale.

Le 10-1-38.

Petits ganglions sous-maxillaires droits.

Décès le 15-8-38 par progression des lésions linguales.

70. — *Homme 46 ans.*

Base de langue droite.

Adénopathie carotidienne droite, du volume d'une noix, fixée dans un empâtement de toute la région carotidienne.

Biopsie : Épithélioma spinocellulaire.

Le 10-5-37.

Télécuriethérapie :

308,7 MCD sur champ lingual et cervical droit.

191,1 MCD sur même champ gauche.

Le 8-6-38.

La région cervicale droite ne s'est jamais dégagée complètement, malgré la disparition de l'adénopathie.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 28-7-38.

Blindage de la cicatrice de curage.

Télécuriethérapie : 184 MCD sur chaque région cervicale.

Le 25-5-39.

Bon état lingual. Masse ganglionnaire gauche fixée.

71. — *Homme 62 ans.*

Base de langue gauche.

Pas d'adénopathies perceptibles.

Biopsie : *Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.*

Le 13-7-37.

Télécuriethérapie :

411,6 MCD sur champ lingual et cervical gauche.

147 MCD sur même champ droit.

Décès le 14-9-37, cause non précisée.

72. — *Homme 47 ans.*

Base de langue gauche, envahissant la loge amygdalienne gauche.

Volumineuse adénopathie carotidienne gauche, du volume d'une mandarine, fixée. Ganglions rétro-angulo-maxillaires gauches, petits, mobiles. Petit ganglion sous-maxillaire droit, dur, mobile.

Biopsie : *Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.*

Le 3-8-37.

Curage cervical gauche total avec ligature de la carotide interne et résection de la jugulaire interne.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 18-8-37.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur champ lingual et cervical droit.

58,8 sur même champ gauche.

Le 29-10-37.

Le petit ganglion droit persiste.

Curage cervical droit total avec résection de la jugulaire interne.

Histologie : Ganglion envahi.

Décès le 1-8-38 par envahissement lingual.

73. — *Homme 46 ans.*

Base de langue gauche, envahissant la partie antérieure de la langue, le pilier antérieur et la gouttière glosso-épiglottique.

Adénopathies sous-maxillaire et carotidienne gauches.

Biopsie: Épithélioma pavimenteux.

Le 6-10-37.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 1-11-37.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

250 r par jour.

Dose totale :

27,5 H sur champ lingual et cervical gauche.

20 H sur même champ droit.

Décès en 8-38 par continuation d'évolution de la lésion linguale.

74. — *Homme 50 ans.*

Base de langue gauche. Énorme tumeur envahissant la gouttière glosso-épiglottique et la gouttière pharyngolaryngée à gauche.

Grosse adénopathie carotidienne gauche, à la limite de fixation.

Biopsie: Épithélioma pavimenteux.

Le 7-10-37.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 15-11-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

250 r par jour.

Dose totale :

32,5 H sur champ lingual et cervical droit.

25 H sur même champ gauche.

Décès en 8-38 par continuation d'évolution de la lésion linguale.

75. — *Homme 64 ans.*

Base de langue et épiglotte à droite. Lésion volumineuse.

Adénopathies sous-maxillaire droite et carotidienne bilatérale du volume d'œufs de poule, à la limite de fixation.

Biopsie : *Épithélioma pavimenteux.*

Le 7-10-37.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 1-11-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 10/10 CU, Dist : 50 cm.

250 r par jour.

Après 43 H sur un champ lingual et cervical droit, le malade refuse de continuer et part.

Décès en 3-38.

76. — *Homme 64 ans.*

Base de langue gauche.

Volumineuse adénopathie carotidienne gauche.

Biopsie : *Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.*

Le 29-10-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale :

33 H sur champ lingual et cervical gauche.

12 H sur même champ droit.

Le 31-3-38.

Régression considérable mais non totale des ganglions.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglions envahis.

Décès le 15-5-38 par continuation d'évolution de la lésion primitive.

77. — *Homme 51 ans.*

Base de langue droite.

Ganglion rétro-angulo-maxillaire droit, du volume d'une grosse noix, à la limite de fixation.

Biopsie : Épithélioma pavimenteux.

Le-1-10-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Après 12 H sur le ganglion on fait un *curage cervical droit total.*

Histologie : Ganglion envahi.

On continue la rœntgenthérapie.

Dose totale :

36 H sur champ lingual et cervical gauche.

33 H sur même champ droit.

Le 15-4-38.

La lésion primitive a repris son évolution et l'état général décline très vite.

Décès le 19-4-38.

78. — *Homme 62 ans.*

Base de langue gauche envahissant la gouttière pharyngo-laryngée.

Empâtement carotidien gauche, sans ganglions nets.

Biopsie : Épithélioma pavimenteux indifférencié.

Le 2-12-37.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur champ lingual et cervical gauche.

294 MCD sur même champ droit.

Le 4-6-38.

Petit ganglion carotidien gauche.

Curage cervical total gauche.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 16-6-38.

Télécuriethérapie : 367,5 MCD sur la région cervicale gauche.

Il n'a pas été possible de revoir ce malade.

V. — ÉPITHÉLIOMA PELVI-LINGUAL

79. — *Homme 38 ans.*

Pelvi-lingual gauche, envahissant le plancher à gauche, le bord gauche et le rebord gingival sur la ligne médiane

Ganglions sous-maxillaires bilatéraux du volume de noissettes, mobiles.

Petite adénopathie carotidienne gauche, mobile.

Biopsie : *Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.*

Le 8-4-36.

Curithérapie externe sous-maxillaire bilatérale et sous-mentale.

S : 135 cm² ; D : 5 cm.

18 tubes de 50 mcd pendant 300 heures.

Dose totale : 270 MCD.

Régression des ganglions, mais peu d'amélioration de la lésion primaire. Mauvais état général. Le malade veut partir et il n'a pas été possible de le revoir.

80. — *Homme 41 ans.*

Pelvi-lingual total.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 30-5-36.

Curiepuncture:

6 aiguilles de 10 mcd pendant 7 jours.

Dose totale : 10,08 MCD.

Le 7-6-36.

Curiethérapie externe sous-maxillaire bilatérale.

S : 56 cm² ; D : 4 cm ; 12 tubes de 50 mcd pendant 233 heures.

Dose totale : 140 MCD.

Le 31-10-36.

Petits ganglions carotidiens gauches.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Pas de néoplasme.

Le 27-4-37.

Exérèse au bistouri électrique d'un petit noyau suspect du frein.

Histologie : Pas de néoplasme.

Le 20-11-37.

Petit ganglion cervical droit.

Curage cervical droit total.

Le malade quitte le service en excellent état et n'est pas revu.

On apprend son *décès* à une date non précisée.

81. — *Homme 53 ans.*

Pelvi-lingual gauche, débordant la ligne médiane mais respectant le plancher.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 13-11-36.

Curiepuncture :

10 aiguilles de 20 med pendant 4 jours.

Dose totale : 19,2 MCD.

Le 23-11-36.

Curiethérapie externe sur les deux régions sous-maxillaires :

S : 100 cm² ; D : 3 cm.

14 tubes de 50 med pendant 257 heures.

Dose totale : 180 MCD.

Le 24-12-36.

Le malade, dont la lésion linguale était en bonne voie de guérison et dont les ganglions avaient disparu, meurt au cours d'une pneumopathie aiguë.

82. — *Homme 65 ans.*

Pelvi-lingual gauche envahissant le plancher de la bouche.

Pas de ganglions nets ; on note seulement un léger empatement de la région carotidienne gauche.

Biopsie : Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 7-5-37.

Télécuriethérapie :

220,5 MCD sur la région cervicale gauche.

367,5 MCD sur la région sous-mentonnière.

Le 15-8-37.

Excellent résultat.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

83. — *Homme 48 ans.*

Pelvi-lingual gauche envahissant le plancher de la bouche.

Petit ganglion sous-maxillaire gauche, mobile.

Biopsie : Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 16-7-37.

Télécuriethérapie : 352,8 MCD sur champ lingual et sous-maxillaire gauche.

Le 22-12-37.

Apparition de ganglions carotidiens gauches, petits, mobiles.

Le 23-12-37.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 5,76 MCD.

Le 4-1-38.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 22-1-38.

Blindage de la cicatrice du curage.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

200 r par jour.

Dose totale :

28 H sur champ lingual et cervical gauche.

10 H sur même champ droit.

Décès en 8-38.

84. — *Homme 48 ans.*

Pelvi-lingual droit envahissant le plancher buccal.

Adénopathie sous-maxillaire droite, du volume d'œuf de pigeon, encore un peu mobile.

Biopsie : *Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.*

Le 11-8-37.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 10 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Puis :

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale : 39 H sur champ lingual et sous-maxillaire droit.

Le 19-5-39.

Excellent état. Aucun ganglion perceptible.

85. — *Homme 40 ans.*

Pélvi-lingual total.

Ganglions bilatéraux sous-maxillaires, du volume de noix, fixés.

Biopsie : Épithélioma lobule spinocellulaire.

Le 31-8-37.

Curiepointure :

8 aiguilles de 10 med pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Le 7-9-37.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Négative.

Le 25-9-37.

Télécuriethérapie sur la lésion primitive : 294 MCD.

Le 25-9-37.

Blindage de la cicatrice du curage cervical et empatement suspect de la région cervicale inférieure.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist : 50 cm.

150 r par jour.

Dose totale :

15 H sous-maxillaire gauche.

17,5 H région cervicale inférieure.

Le 27-5-39.

Le blindage cervical s'est atténué et reste stationnaire depuis près de 2 ans. Par ailleurs excellent état.

VI. — ÉPITHÉLIOMA DU PLANCHER BUCCAL

86. — *Homme 64 ans.*

Plancher buccal bilatéral, envahissant la face inférieure de la portion mobile de la langue.

Adénopathies sous-maxillaires bilatérales. A droite petits ganglions sans caractères suspects. A gauche ganglion du volume d'un œuf de pigeon, fixé.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 2-3-35.

Curiepuncture:

5 aiguilles de 20 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 7,2 MCD.

Le 11-3-35.

Curiethérapie externe sous-maxillaire bilatérale et sous-mentonnière.

S : 65 cm² ; D : 7 cm.

15 tubes de 50 mcd pendant 10 jours.

Dose totale : 180 MCD.

Le 26-3-35.

Lésion en pleine réaction. Pas de nette modification des ganglions. Le malade veut rentrer chez lui.

Le malade n'a pu être revu depuis son départ.

87. — *Homme 47 ans.*

Plancher buccal antérieur très limité.

Ganglions sous-maxillaires, bilatéraux, durs, mobiles.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 10-7-35.

Curiethérapie au contact des lésions :

1 tube de 100 mcd et 1 de 50 mcd à 1 cm pendant 2 jours.

Dose totale : 7,2 MCD.

Puis :

Complément de 14,4 MCD dans les mêmes conditions.

Le 18-7-35.

Curiethérapie externe sous-maxillaire bilatérale.

S : 56 cm² de chaque côté ; D : 4 cm.

A droite 8 tubes de 50 mcd pendant 100 heures :
41,1 MCD.

A gauche 16 tubes de 50 mcd même temps soit :
82,2 MCD.

Le 4-2-36.

Lésion en voie de cicatrisation. Pas de ganglions. Le
malade n'a pu être revu.

88. — *Homme 40 ans.*

Plancher buccal, envahissant en arrière vers la base, à
droite, jusqu'aux premières molaires.

Adénopathies sous-maxillaires bilatérales, du volume de
noix, fixées.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 26-8-35.

Curiethérapie au contact des lésions.

2 tubes de 100 à 5 mm des lésions pendant 2 jours.

Dose totale : 9,6 MCD.

Le 30-8-35.

Curiethérapie externe sur le plancher buccal et les régions
sous-maxillaires.

S : 180 cm² ; D : 5 cm.

22 tubes de 50 mcd et 8 de 100 mcd pendant 272 heures.

Dose totale : 516,8 MCD.

Le 18-9-35.

Ganglions à peine perçus.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

89 — *Homme 62 ans.*

Plancher buccal bilatéral, envahissant la branche hori-
zontale du maxillaire inférieur.

Petits ganglions sous-maxillaires, durs, mobiles.

Biopsie: Épithélioma ectodermique spinocellulaire.

Le 2-5-36.

Morestin typique.

Le 20-5-36.

Curage sous-maxillaire bilatéral.

Le 9-11-36.

Curithérapie externe sous-mentale, sous-maxillaire et carotidienne bilatérale.

S : 100 cm² ; D : 4 cm.

20 tubes de 50 mcd pendant 300 heures.

Dose totale : 300 MCD.

Le 1-12-37.

Envahissement de la baguette restante du maxillaire inférieur.

Gastrostomie et ablation des lésions.

Histologie : Épithélioma pavimenteux intermédiaire.

Décès le 3-1-38 par anémie pernicieuse.

90. — *Homme 77 ans.*

Plancher buccal total, récurrence d'une exérèse récente en dehors du Centre Anticancéreux.

Petits ganglions sous-maxillaires, bilatéraux, mobiles.

Biopsie : Épithélioma spinocellulaire.

Le 29-6-36.

Curiepuncture :

5 aiguilles de 10 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 6 MCD.

Le malade refusé le curage.

Le 21-7-38.

Infiltration sublinguale suspecte.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 10 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 8,64 MCD.

Le 1-4-39.

Plancher toujours induré mais sans aggravation. Les ganglions sont également stationnaires.

91. — *Homme 63 ans.*

Plancher total envahissant le frein de la langue.

Petite adénopathie sous-maxillaire droite, mobile.

Biopsie: Épithélioma spinocellulaire.

Le 28-7-36.

Curithérapie externe sous-maxillaire et sublinguale bilatérale.

S : 80 cm² ; D : 4 cm.

14 tubes de 50 mcd pendant 342 heures.

Dose totale : 240 MCD.

Le 3-9-36.

Curiepuncture:

7 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 16,32 MCD.

Le malade part chez lui et reviendra pour curage.

Le 9-12-36.

Le malade revient avec de gros ganglions sous-maxillaires et un ganglion carotidien droit fixé.

Décès en 5-37.

92. — *Homme 51 ans.*

Plancher buccal médian envahissant le frein.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux et sous-mentaux.

Biopsie: Épithélioma glanduliforme atypique.

Le 18-9-36.

Curiepuncture:

9 aiguilles de 10 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 10,8 MCD.

Le 23-9-36.

Curithérapie externe sous-maxillaire bilatérale et sous-mentale.

S : 75 cm² ; D : 4 cm.

11 tubes de 50 mcd pendant 340 heures.

Dose totale : 187,5 MCD.

Le malade part et n'est pas revu.

Décès le 8-10-37.

93. — *Homme 70 ans.*

Plancher gauche, peu infiltrant.

Gros ganglions sous-maxillaires gauches et petit ganglion sous-maxillaire droit.

Biopsie: Épithélioma lobule.

Le 20-3-37.

Curage cervical droit total.

Histologie non précisée.

Le 10-6-37.

Excision de la tumeur au bistouri électrique.

Le 23-12-37.

Récidive ganglionnaire sous-maxillaire droite et petit ganglion carotidien gauche.

Curage sous-maxillaire droit.

Curage carotidien gauche.

Histologie négative.

Le 11-2-38.

Curiethérapie externe sur le plancher buccal et les régions sous-maxillaires.

S : 130 cm² ; D : 4 cm.

20 tubes de 50 mcd pendant 260 heures.

Dose totale : 260 MCD.

Le malade n'a pu être revu.

94. — *Homme 56 ans.*

Plancher buccal droit, débordant la ligne médiane mais peu pénétrant.

Pas de ganglions perceptibles.

Biopsie: Épithélioma épidermoïde spinocellulaire.

Le 4-6-37.

Télécuriethérapie: 426 MCD sur champ lingual droit.

Le 23-7-37.

Curiepuncture:

4 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 3,84 MCD.

Le 4-10-37.

Petit ganglion sous-maxillaire droit.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion inflammatoire.

Le 27-4-38.

Volumineuse adénopathie carotidienne gauche fixée.

Décès en 9-38 au cours de violentes hémorragies.

95. — *Homme 43 ans.*

Plancher bilatéral.

Ganglions sous-maxillaires droits du volume d'une grosse olive, très mobiles. Ganglions gauches un peu plus gros mais également mobiles.

Le 30-7-37.

Télécuriethérapie: 294 MCD sur champ lingual et sous-maxillaire gauche.

Le 24-8-37.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 10 pendant 2 jours.

Dose totale : 3,84 MCD.

Le 9-11-37.

Curage cervical gauche total.

Curage sous-maxillaire droit étendu 15 jours après.

Histologie : Ganglions envahis.

Le 4-12-37.

Évidement chirurgical du plancher de la bouche.

Décès le 6-3-38.

VII. — ÉPITHÉLIOMA DE L'AMYGDALE

96. — *Homme 66 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'amygdale droite, envahissant le pilier antérieur et le repli glosso-amygdalien.

Gros ganglions cervicaux droits, mobiles.

Le 1-4-33.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 21-4-33.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 5/10 CU, Dist : 50 cm.

200 r par jour.

Interrompu à 60 H en deux champs, l'un amygdalien et l'autre carotidien. Mauvais état général et continuation d'évolution rapide.

Décès le 15-5-35.

97. — *Homme 62 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'amygdale droite débordant à peine la loge amygdalienne vers le voile et le palais.

Gros ganglions carotidiens droits.

Le 23-5-34.

Le malade refuse tout traitement et part.

Le 23-1-35.

Revient avec un envahissement total du pilier antérieur.

Volumineuse adénopathie carotidienne droite, à la limite de la fixation.

Chimiothérapie et désinfection locale font régresser les ganglions.

Le 25-3-35.

Curiethérapie externe sur les adénopathies et l'amygdale.

S : 100 cm² ; D : 4 cm.

20 tubes de 100 mcd pendant 100 heures.

Dose totale : 200 MCD.

Décès le 15-5-36 par envahissement de la lésion primitive.

98. — *Homme 43 ans.*

Épithélioma pavimenteux de l'amygdale droite, envahissant la moitié droite du voile, la luette, la base de la langue et la paroi postérieure du pharynx en débordant largement la ligne médiane. Volumineux ganglions sous-maxillaires droits, fixés. Petits ganglions carotidiens droits, durs, mobiles.

Le 15-2-35.

Curiothérapie externe sur l'amygdale et les adénopathies.

S : 110 cm² ; D : 4 cm.

28 tubes de 50 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 168 MCD.

La régression ganglionnaire est insuffisante pour qu'on puisse en faire l'exérèse.

Décès à une date non précisée.

99. — *Homme 53 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'amygdale droite, envahissant le pilier antérieur et le bord postérieur de la langue.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 6-8-34.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

300 r par jour.

Dose totale :

81,5 H sur champ amygdalien et carotidien droit.

Le 18-5-35.

Tumeur du bord droit postérieur de la langue.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 17,36 MCD.

Puis :

11 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 21,12 MCD.

Le 25-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

100. — *Homme 54 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'amygdale gauche, envahissant les piliers et le voile jusqu'à la ligne médiane.

Petits ganglions sous-maxillaires gauches.

Le 15-2-35.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 10/10 CU, Dist : 50 cm.

200 r par jour.

Dose totale :

22 H sur champ amygdalo-carotidien gauche.

8 H sur même champ droit.

Le 8-3-35.

Curiathérapie externe sur l'amygdale.

S : 100 cm² ; D : 7 cm.

24 tubes de 50 mcd pendant 10 jours.

Dose totale : 576 MCD.

Pas de modification sensible des ganglions ni de la lésion amygdalienne.

Décès le 2-8-35.

101. — *Femme 72 ans.*

Épithélioma pavimenteux de l'amygdale droite limitée à la loge.

Petits ganglions carotidiens droits, durs, mobiles.

Le 2-8-35.

Exérèse chirurgicale de la tumeur.

Le 21-8-35.

Évolution rapide de l'adénopathie carotidienne qui se fixe aux vaisseaux.

Le 31-8-35.

Rœntgenthérapie :

300 KV, 3 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

200 r, 2 fois par jour.

Dose totale :

84 H sur l'amygdale et la région carotidienne à droite.

Excellent résultat le 1-2-36.

Il n'a pas été possible de revoir la malade.

102. — *Homme 52 ans.*

Épithélioma glandulaire lobulé de la loge amygdalienne gauche envahissant la moitié gauche du voile, la paroi latérale gauche du pharynx et la gencive postérieure gauche.

Adénopathie carotidienne gauche, fixée, du volume d'un gros œuf.

Le 15-11-35.

Curiethérapie externe sur l'amygdale et l'adénopathie.

S : 100 cm² ; D : 5 cm.

20 tubes de 50 mcd pendant 300 heures.

Dose totale : 300 MCD.

Le 5-2-36.

L'adénopathie est totalement disparue. La lésion amygdalienne ne paraît pas stérilisée.

Le 11-3-36.

Réapparition de petits ganglions cervicaux à gauche.

Décès le 27-3-36.

103. — *Homme 65 ans.*

Épithélioma pavimenteux spinocellulaire de l'amygdale gauche, envahissant le pilier antérieur et le voile jusqu'à la luette.

Petits ganglions sous-maxillaires gauches, durs, mobiles.

Le 6-12-35.

Curiethérapie juxtalésionnelle.

2 tubes de 50 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 12 MCD.

Le 15-12-35.

Télécuriethérapie.

Champ amygdalo-cervical gauche : 218,5 MCD.

Champ amygdalo-cervical droit : 218,5 MCD.

Fonte ganglionnaire rapide. Bon résultat amygdalien.

Décès le 16-6-36.

104. — *Homme 60 ans.*

Épithélioma ectodermique de l'amygdale droite, envahissant les piliers antérieur et postérieur droits et la région sous-amygdalienne.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 15-1-36.

Télécuriethérapie: Après 191 MCD sur un champ amygdalo-carotidien droit, le traitement est interrompu par des hémorragies persistantes qui nécessitent une ligature de la carotide externe.

Le 15-3-36.

Télécuriethérapie :

117 MCD sur champ amygdalo-carotidien droit.

147 MCD sur même champ gauche.

Le malade quitte le service avec un état général très touché.

Décès le 27-7-36.

105. — *Homme 61 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'amygdale droite, envahissant les piliers et le voile ainsi que la gouttière pharyngolaryngée.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 11-2-36.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur champ amygdalo-carotidien droit.

308 MCD sur même champ gauche.

Le 2-7-36.

Le malade veut partir, mais la lésion primitive ne paraît pas stérilisée.

Il n'a pas été possible de revoir ce malade.

106. — *Homme 54 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale gauche envahissant toute la moitié gauche du voile, les piliers et la gouttière gauche ainsi que la partie postérieure du bord gauche de la langue.

Adénopathie sous-angulo et rétro-maxillaire gauche, du volume d'une noix, fixée.

Le 15-2-36.

Curage cervical gauche ne permet qu'une ablation partielle de la masse qui va très loin en profondeur.

Le 13-3-36.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist : 50 cm.

500 r, 3 fois par semaine.

Dose totale :

35 H sur champ amygdalo-carotidien droit.

30 H sur même champ gauche.

Régression importante des lésions, mais état général extrêmement touché. Cachexie rapide.

Décès le 11-8-36.

107. — *Femme 71 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale droite totale, envahissant les piliers, la moitié droite du voile et la région sous-amygdalienne.

Petits ganglions sous-maxillaires droits et carotidiens gauches, durs, mobiles.

Le 22-2-36.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur champ amygdalo-carotidien droit.

294 MCD sur même champ gauche.

La lésion n'est pas stérilisée et poursuit son évolution.

Le 3-6-36.

Volumineuse adénopathie carotidienne droite fixée.

Décès le 28-9-36.

108. — *Homme 70 ans.*

Épithélioma ectodermique peu différencié de l'amygdale droite, ayant envahi le pilier antérieur, la base de la langue, la région sous-amygdalienne et la gouttière pharyngo-laryngée.

Adénopathie carotidienne droite, du volume d'un œuf de poule, à la limite de fixation. Petits ganglions carotidiens bilatéraux; durs, mobiles.

Le 15-3-36.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur champ amygdalo-carotidien droit.

294 MCD sur même champ gauche.

Le 15-9-36.

Diminution considérable des ganglions.

Curage cervical droit total sans difficultés.

Histologie : Ganglions envahis.

Le 19-5-37.

Apparition de ganglions à la limite supérieure du curage.

Curage droit complémentaire.

Histologie : Ganglions envahis.

Le 15-6-37.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 7/10 de CU, Dist : 50 cm.

300 r tous les 2 jours.

Dose totale : 15 H sur champ cervical droit.

Le 15-11-37.

Reprise de l'évolution amygdalienne et infiltration de la cicatrice sous-maxillaire droite.

Curiethérapie juxta-lésionnelle :

2 tubes de 50 mcd pendant 2 jours.

Dose totale : 4,8 MCD.

L'état général du malade est très touché et un traitement röntgenthérapique sur la région sous-maxillaire droite doit être interrompu après 6 H seulement.

Décès le 15-1-38.

109. — *Homme 49 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale droite ayant envahi les deux piliers, le voile à droite et la gouttière.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 30-3-36.

Curiethérapie juxta-lésionnelle.

2 tubes de 50 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 9,6 MCD.

Le 3-4-36.

Télécuriethérapie :

176,4 MCD sur champ amygdalo-carotidien droit.

117,6 MCD sur même champ gauche.

Après ces doses jugées insuffisantes, le malade refuse de continuer et part.

Le 9-6-36.

Continuation d'évolution de la lésion amygdalienne.

Télécuriethérapie : 294 MCD sur champ amygdalo-carotidien droit.

Décès le 20-3-37.

110. — *Homme 39 ans.*

Épithélioma pavimenteux de l'amygdale gauche bien localisé.

Énorme tumeur ganglionnaire ulcérée de la région cervicale gauche.

21-5-36.

Exérèse de la masse cervicale.

28-6-36.

Décès au milieu de phénomènes septicémiques après une séance de roentgenthérapie.

111. — *Homme 52 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale gauche, ayant envahi la région sous-amygdalienne.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 5-6-36.

Télécuriethérapie.

294 MCD sur champ amygdalo-cervical gauche.

294 MCD sur même champ droit.

Le 6-1-37.

Pas de ganglions, mais la lésion primitive ne paraît pas stérilisée.

Décès le 9-5-37 par continuation de l'évolution locale avec hémorragies abondantes.

112. — *Homme 62 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale gauche, envahissant le pilier antérieur et la base de la langue.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 10-6-36.

Télécuriethérapie.

279,3 MCD sur champ amygdalo-lingual gauche.

294 MCD sur même champ droit.

Le 22-10-36.

Les lésions ne paraissent pas entièrement stérilisées.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist : 50 cm.

200 r, 2 fois par jour.

Dose totale : 42 H sur champ amygdalo-carotidien gauche.

Décès le 17-4-37 par continuation de l'évolution locale.

113. — *Femme 70 ans.*

Épithélioma atypique vraisemblablement glandulaire de l'amygdale gauche envahissant le pilier postérieur.

Volumineuse adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche, fixée. Petits ganglions carotidiens gauches, durs, mobiles. Empâtement suspect sus-claviculaire gauche.

Le 15-6-36.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist : 50 cm.

200 r par jour.

Dose totale :

18 H sur champ amygdalo-carotidien droit.

36 H sur même champ gauche.

Le 1-10-36.

Régression insuffisante des lésions amygdaliennes surtout. On reprend la rœntgenthérapie dans les mêmes conditions. Dose totale : 30 H sur champ amygdalo-carotidien gauche.

La malade quitte le service en excellent état. Il n'a pas été possible de la revoir.

114. — *Homme 42 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale gauche, envahissant le pilier antérieur, la gencive et la partie postérieure du bord gauche de la langue.

Ganglion sous-maxillaire gauche volumineux. Le malade déclare avoir eu il y a 3 mois une intervention pour une tumeur sous-maxillaire identique, située au même endroit.

Le 26-6-36.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur champ amygdalo-carotidien gauche.

238,6 MCD sur champ identique à droite.
Traitement interrompu pour intolérance.

Le 27-10-36.

Grosse diminution des lésions amygdaliennes et ganglionnaires.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist : 50 cm.

200 r 2 fois par jour.

Dose totale : 26 H sur champ amygdalo-carotidien droit.

Décès le 30-12-36.

115. — *Homme 60 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale gauche envahissant le pilier postérieur.

Pas de ganglions, mais empâtement de la région carotidienne gauche.

30-9-36.

Télécuriethérapie : 352,8 MCD sur champ amygdalo-carotidien gauche.

Le malade ne revient pas en cours de traitement.

Décès le 5-12-37.

116. — *Homme 60 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire kératinisant de l'amygdale gauche, envahissant le pilier antérieur et une partie du voile.

Petits ganglions sous-maxillaires et carotidiens gauches, durs, mobiles.

Le 30-1-37.

Télécuriethérapie :

529,2 MCD sur champ amygdalo-carotidien gauche.

205,8 MCD sur même champ droit.

Le 22-6-37.

Pas de ganglions perceptibles, mais la lésion amygdalienne ne paraît pas entièrement stérilisée. De petites hémorragies répétées à son niveau nécessitent la ligature de la carotide externe gauche. Le malade part.

Décès le 5-7-37.

117. — *Homme 55 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale droite, envahissant le pilier antérieur.

Volumineuse adénopathie rétro-angulo-maxillaire et carotidienne droite, mobile.

Le 4-2-37.

Télécuriethérapie :

382,2 MCD sur champ amygdalo-carotidien droit.

294 MCD sur même champ gauche.

Le 2-9-37.

Grosse diminution de l'adénopathie.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le malade part et il n'a pas été possible de le revoir.

118. — *Femme 67 ans.*

Épithélioma atypique de l'amygdale gauche, bien localisé.

Ganglion rétro-angulo-maxillaire, dur, mobile.

Le 18-2-37.

Télécuriethérapie : 382,2 MCD sur champ amygdalo-carotidien gauche.

Le 15-12-38.

Excellent état. Pas de ganglions.

119. — *Homme 54 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale gauche ayant envahi les piliers et la base de la langue.

Adénopathie carotidienne gauche, du volume d'une noix, fixée.

Le 15-3-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist : 50 cm.

250 r par jour.

Dose totale :

37,5 H sur champ amygdalo-carotidien gauche.

25 H sur même champ droit.

Le 27-5-37.

Disparition totale des ganglions.

Le 18-6-37.

Poussée évolutive amygdalienne, confirmée par une biopsie.

La très grosse extension des lésions rend tout traitement impossible. Chimiothérapie.

Décès le 1-12-37. Pas de ganglions jusqu'à la mort.

120. — *Homme 61 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale gauche envahissant la moitié gauche du voile, les deux piliers, la gouttière pharyngo-laryngée gauche et la muqueuse de la branche horizontale du maxillaire inférieur.

Ganglion sous-maxillaire gauche, du volume d'une noisette, mobile.

Le 15-3-37.

Télécuriethérapie : 367,5 MCD sur champ amygdalo-carotidien gauche.

Le 12-4-37.

Curiethérapie juxta-lésionnelle :

2 tubes de 50 pendant 48 heures.

Dose totale : 4,8 MCD.

Puis : 2 tubes de 100 MCD pendant 24 heures, soit 4,8 MCD.

Le malade part, sans ganglions et avec une lésion amygdalienne en pleine réaction.

Décès le 22-6-37. Cause non précisée.

121. — *Homme 70 ans.*

Épithélioma pavimenteux diffus indifférencié de l'amygdale droite avec début d'envahissement du pilier antérieur.

Adénopathie sous-maxillaire droite, fixée.

Le 15-3-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist. : 50.

150 r, 2 fois par jour.

Dose totale :

36 H sur champ amygdalo-carotidien droit.

24 H sur même champ gauche.

Disparition des ganglions. Excellent résultat local.

Le 25-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

122. — *Homme 50 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'amygdale gauche avec envahissement du pilier antérieur et de la gouttière pharyngo-laryngée.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 15-6-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

39 H sur champ amygdalo-carotidien gauche.

10,5 H sur même champ droit.

Excellent résultat immédiat. Le malade part et il n'a pas été possible de le revoir.

123. — *Homme 70 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'amygdale droite avec envahissement de la paroi postérieure du pharynx à droite.

Petits ganglions sous-maxillaires et carotidiens bilatéraux.

Le malade a subi en dehors du Centre Anticancéreux un traitement roentgenthérapique, en tout 3 séances de 500 r en 7 jours, avec un rayonnement de 200 KV filtré avec 20/10 de CU.

Continuation d'évolution rapide nécessitant une gastrotomie.

Cachexie.

Décès le 15-1-38, 2 mois après son arrivée.

124. — *Homme 61 ans.*

Épithélioma pavimenteux de l'amygdale gauche.

Petits ganglions sous-maxillaires gauches, durs, mobiles.

Le 15-7-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

36 H sur champ amygdalo-carotidien gauche.

24 H sur même champ droit.

Disparition des ganglions et grosse amélioration locale.

Décès le 15-10-38.

125. — *Homme 60 ans.*

Épithélioma pavimenteux à différenciation épidermoïde de l'amygdale gauche avec envahissement des piliers antérieur et postérieur.

Adénopathie angulo-maxillaire gauche, du volume d'une noix, à la limite de fixation.

Le 26-8-37.

Curage cervical gauche total.

Le 7-9-37.

Télécuriethérapie: 441 MCD sur champ amygdalo-carotidien gauche.

Le 29-12-37.

Apparition d'une volumineuse adénopathie sus-claviculaire gauche fixée.

Le malade n'a pu être revu.

126. — *Homme 54 ans.*

Épithélioma ectodermique, peut-être glandulaire, de l'amygdale droite.

Adénopathie du volume d'une grosse orange, sous-angulo-maxillaire fixée et petits ganglions carotidiens, à droite. (Le malade vient de subir un traitement à base d'ultra-violets sur ces adénopathies!)

Le 6-9-37.

Télécuriethérapie sur champ amygdalo-carotidien gauche.

Interrompu à 102 MCD en raison de violentes douleurs.

On essaie de continuer par *rœntgenthérapie* mais sans succès, et on doit encore interrompre après 15 H seulement.

Aucune modification des lésions.

Décès le 15-1-38.

127. — *Homme 47 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'amygdale gauche envahissant en arrière la région pharyngo-laryngée.

Ganglion du volume d'un œuf de poule, fixé en arrière de l'angle du maxillaire gauche et empâté carotidien diffus.

Le 19-10-37.

Télécuriethérapie:

308,7 MCD sur champ amygdalo-carotidien gauche.

308,7 MCD sur même champ droit.

Puis *rœntgenthérapie* par champ postérieur sur la nuque.
200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm, 150 r par
jour.

Dose totale : 20 H.

Le 31-1-38.

Disparition presque complète de la lésion primaire, mais
envahissement carotidien.

Décès le 10-2-38.

128. — *Homme 76 ans.*

Épithélioma pavimenteux spinocellulaire de l'amygdale
droite envahissant les piliers, le voile, la muqueuse jugale
et la base de la langue.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, durs, mo-
biles.

Le 12-2-38.

Télécuriethérapie :

220,5 MCD sur champ amygdalo-carotidien droit.

Interrompu en raison de l'état général très mauvais.

Le malade n'a pu être revu.

VIII. — ÉPITHÉLIOMA DE L'ÉPIGLOTTE

129. — *Homme 55 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'épiglotte envahissant
l'hémi-larynx et la gouttière pharyngo-laryngée à droite.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 7-6-35.

Curiethérapie externe sur l'épiglotte.

S : 2 champs latéraux de 56 cm² à une distance de
4 cm.

12 tubes de 50 mcd par champ, pendant 230 heures.

Dose totale : 276 MCD.

Excellent résultat immédiat.

Le 15-3-37.

Reprise de l'évolution locale.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

27 H sur champ cervical droit.

39 H sur même champ gauche.

Décès le 10-4-38 par continuation de l'évolution laryngée.

130. — *Homme 70 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de toute l'épiglotte envahissant les deux gouttières et la base de la langue.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 14-6-35.

Curiothérapie externe sur 3 champs :

Deux cervicaux de chaque côté et un médian antérieur.

Surface totale : 85 cm².

Distance : 4 cm.

8 tubes de 100 mcd sur chaque champ cervical et

2 tubes de 100 mcd sur le champ médian. Durée :

102 heures.

Dose totale : 183 MCD.

Le 20-4-36.

La lésion primitive continue son évolution. Petit ganglion cervical gauche.

Décès en 1936.

131. — *Homme 54 ans.*

Épithélioma basocellulaire de la moitié droite de l'épiglotte avec envahissement de la gouttière.

Adénopathie carotidienne droite, du volume d'une amande, mobile.

Le 18-7-35.

Curiethérapie externe sur deux champs cervicaux.

S : 54 cm² à droite, 30 cm² à gauche. D : 4 cm.

12 tubes de 50 mcd à droite, 10 tubes de 50 à gauche.

Durée : 210 heures. Dose totale : 235,2 MCD.

Continuation d'évolution rapide, cachexie.

Décès le 4-5-36.

132. — *Homme 56 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de l'épiglotte.

Tumeur volumineuse ayant nécessité une *trachéotomie* d'urgence le 2-10-35.

Infiltration cervicale bilatérale sans ganglions bien individualisés.

Le 5-11-35.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

27 H sur champ cervical droit.

30 H sur champ cervical gauche.

27 H sur champ médian antérieur.

Excellent résultat immédiat.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

133. — *Homme 47 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la totalité de l'épiglotte envahissant la paroi postérieure du pharynx.

Petits ganglions carotidiens gauches, durs, mobiles.

Le 20-3-36.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

24 H sur champ cervical droit.

27 H sur champ cervical gauche.

Puis *télécuriethérapie* sur champ médian antérieur :
162,8 MCD.

Décès le 24-12-36 par continuation d'évolution locale.

134. — *Homme 47 ans.*

Épithélioma épidermoïde trabéculaire de l'épiglotte et de la région glosso-épiglottique droite.

Volumineuse adénopathie carotidienne droite, du volume du poing, fixée. Adénopathie carotidienne gauche, du volume d'une noix, mobile.

Le 25-6-36.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur champ cervical droit.

294 MCD sur champ cervical gauche.

Le 18-8-36.

Adénopathie droite mobilisée. Disparition des ganglions à gauche. Grosse amélioration des lésions locales.

Le malade part et n'est pas revu.

Décès en 1937.

135. — *Homme 58 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'épiglotte envahissant la région ary-épiglottique et la gouttière à droite.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 19-3-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

40,5 H sur champ cervical droit.

27 H sur champ cervical gauche.

Le 2-5-38.

Induration de la région carotidienne droite, sans ganglions nets.

Curiethérapie externe sur champ sous-maxillaire et carotidien droit. S : 120 cm² ; D : 4 cm.

26 tubes de 50 mcd pendant 7 jours.

Dose totale : 218,4 MCD.

Décès le 24-5-38.

136. — *Homme 69 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de l'épiglotte totale envahissant la région sus-glottique et atteignant l'amygdale droite.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, durs, mobiles.

Le 19-8-37.

Curage sous-maxillaire bilatéral.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 3-9-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

200 r par jour.

Dose totale :

35,5 H sur champ cervical droit.

29,5 H sur même champ gauche.

Le 28-5-39.

Induration bilatérale des carrefours carotidiens. Lésion initiale bien cicatrisée.

137. — *Homme 56 ans.*

Épithélioma atypique pavimenteux spinocellulaire de l'épiglotte totale envahissant la gouttière et l'arythénoïde à gauche.

Adénopathie carotidienne gauche, du volume d'un poing, fixée.

Le 22-7-37.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 18-8-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 7/10 de CU, Dist. : 50 cm.

500 r, 3 fois par semaine.

Dose totale : 25 H de chaque côté sur champs cervicaux.

Décès le 9-12-37.

138. — *Homme 55 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la moitié droite de l'épiglotte avec atteinte du sillon glosso-épiglottique.

Volumineuse adénopathie sus-claviculaire et carotidienne droite, fixée.

Le 25-9-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

30 H sur champ cervical gauche.

30 H sur champ cervical droit.

Régression des lésions, mais insuffisante.

Le 21-2-38.

Télécuriethérapie : 396 MCD sur champ cervical droit.

Décès le 6-6-38.

139. — *Homme 52 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la face inférieure de l'épiglotte envahissant le larynx.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 1-10-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

36 H sur champ cervical gauche.

30 H sur champ cervical droit.

Le 13-7-38.

Reprise de l'évolution locale. Hémorragies répétées et abondantes. Ligature des deux carotides externes.

Décès le 30-8-38 au milieu de phénomènes de septicémie.

IX. — ÉPITHÉLIOMA DU VOILE DU PALAIS

140. — *Homme 67 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la partie postérieure du voile ayant détruit la luette.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 21-11-35.

Curiethérapie juxta-lésionnelle :

● 2 tubes de 50 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 12 MCD.

Le 5-12-35.

Télécuriethérapie :

247,9 MCD sur champ amygdalo-cervical gauche.

247,9 MCD sur même champ droit.

Le malade refuse de continuer et part.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

Décès le 31-1-37.

141. — *Homme 68 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la moitié gauche du voile, envahissant la voûte palatine, la gencive du maxillaire supérieur, la muqueuse jugale gauche et même la partie toute postérieure de la muqueuse gingivale gauche inférieure.

Grosse adénopathie sous-maxillaire gauche, mobile.

Le 17-8-36.

Télécuriethérapie :

529,2 MCD sur champ gauche.

191,1 MCD sur champ droit.

Le 24-9-36.

Excellent résultat immédiat. Pas de ganglions.

Décès le 15-11-36.

142. — *Homme 62 ans.*

Épithélioma pavimenteux bilatéral du voile et de la luette, envahissant le pilier antérieur droit. Pas de ganglions perceptibles.

Le 12-9-36.

Curiethérapie juxta-lésionnelle:

4 tubes de 50 mcd pendant 56 heures.

Dose totale : 11,2 MCD.

Le malade part en promettant de revenir régulièrement.

Le 19-1-38.

Le malade revient pour la première fois avec de volumineuses adénopathies carotidiennes, bilatérales, fixées.

Décès le 15-4-38.

143. — *Homme 48 ans.*

Épithélioma pavimenteux lobule ayant détruit le voile, et envahissant les piliers antérieurs et l'amygdale gauche.

Grosse adénopathie carotidienne gauche, fixée. Ganglions carotidiens droits plus petits, mais également fixés.

Le 8-1-37.

Curiethérapie juxta-lésionnelle:

4 tubes de 100 pendant 36 heures.

Dose totale : 14,4 MCD.

Le 21-1-37.

Télécuriethérapie:

235,2 MCD sur champ cervical gauche.

235,2 MCD sur champ cervical droit.

Amélioration de la lésion primitive, mais les ganglions restent fixés et l'état général est très mauvais.

Décès fin 1937.

144. — *Homme 46 ans.*

Épithélioma pavimenteux de la moitié gauche du voile, envahissant la partie haute de la loge amygdalienne.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 30-7-37.

Curiethérapie juxta-lésionnelle :

2 tubes de 100 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 14,4 MCD.

Le 3-8-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

150 r par jour.

Dose totale : 16,5 H sur champ gauche.

Le 7-12-38.

Petits ganglions carotidiens gauches. On propose le curage. Le malade refuse.

Le 25-5-39.

Adénopathie carotidienne gauche fixée.

145. — *Homme 47 ans.*

Épithélioma pavimenteux spinocellulaire de la moitié gauche du voile.

Ganglion sous-angulo-maxillaire gauche, du volume d'une noix, encore mobile.

Le 4-1-38.

Curiethérapie juxta-lésionnelle :

2 tubes de 100 pendant 3 jours.

Dose totale : 14,4 MCD.

Le 8-1-38.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 22-1-38.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

33 H sur champ gauche cervical et amygdalien.

30 H sur même champ droit.

Le 1-9-38.

Excellent résultat.

146. — *Homme 33 ans.*

Épithélioma lobule et pavimenteux de la totalité du voile, envahissant les deux piliers et les deux régions amygdaliennes.

Ganglions sous-maxillaires bilatéraux, durs, mobiles.

Le 6-5-38.

Curiethérapie juxta-lésionnelle :

4 tubes de 50 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 14,4 MCD.

Le 13-5-38.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 CU, Dist. : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

24 H sur champ amygdalo-carotidien gauche.

21 H sur même champ droit.

Bon résultat immédiat. Il n'a pas été possible de revoir le malade.

X. — ÉPITHÉLIOMA DU PHARYNX BUCCAL

147. — *Homme 60 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la paroi postérieure du pharynx buccal inférieur.

Adénopathie carotidienne droite, dont un ganglion du volume d'un œuf de pigeon, fixé.

Le 21-12-34.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, D : 50 cm.

2 fois 150 r par jour.

Dose totale :

27 H sur champ cervical droit.

24 H sur champ cervical gauche.

24 H sur champ médian.

Continuation d'évolution de la lésion primitive et des ganglions.

Décès le 1-5-35 à la suite d'une hémorragie.

148. — *Homme 60 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la paroi postérieure du pharynx buccal entre les deux piliers postérieurs que la tumeur touche des deux côtés.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 7-11-35.

Ligature de la carotide externe.

Exérèse de la plus grande partie de la tumeur.

Le 5-12-35.

Télécuriethérapie :

251,9 MCD sur champ amygdalo-cervical droit.

161,7 sur même champ gauche.

Le 4-3-36.

Continuation d'évolution, envahissement des loges amygdaliennes.

Le malade part dans un état cachectique avancé.

149. — *Homme 36 ans.*

Épithélioma pavimenteux de la paroi postérieure du pharynx buccal, envahissant presque tout le pharynx buccal.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 2-4-38.

Rœntgenthérapie après gastrostomie :

200 KV, 4 millis, 20/10 de CU, Dist : 50 cm.

150 r 2 fois par jour.

Dose totale :

30 H sur champ cervical droit.

30 H sur champ cervical gauche.

Le 15-7-38.

Le malade demande la fermeture de sa gastrostomie,
mais la lésion pharyngée ne paraît pas stérilisée.

On fait une nouvelle biopsie : *Épithélioma pavimenteux*.

Le 21-7-38.

Rœntgenthérapie dans les mêmes conditions que le premier traitement.

200 r par jour.

Dose totale : 34 H sur un champ médian postérieur.

Le malade quitte le service avec un état général très touché. Il n'a pas été possible de le revoir.

XI. — ÉPITHÉLIOMA DE LA MUQUEUSE JUGALE

150. — *Homme 43 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche postérieure, de la gencive maxillaire inférieure au sillon maxillo-jugal supérieur.

Adénopathie sous-maxillaire bilatérale, plus accusée à gauche.

Le 21-12-34.

Curiethérapie externe sur la joue.

S : 90 cm² ; D : 5 cm.

18 tubes de 50 mcd pendant 10 jours.

Dose totale : 216 MCD.

Le 11-3-35.

Curiethérapie externe sur la joue gauche.

S : 56 cm² ; D : 5 cm.

12 tubes de 50 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 57,6 MCD.

Le 21-6-35.

Lésion en pleine évolution. Volumineuse adénopathie carotidienne gauche.

Décès le 18-9-35.

151. — *Homme 68 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche, envahissant la muqueuse du maxillaire inférieur.

Adénopathie sous-maxillaire gauche, du volume d'une noix, fixée.

Le 12-4-35.

Curiethérapie externe sur la joue gauche.

S : 64 cm² ; D : 3 cm.

12 tubes de 50 mcd pendant 10 jours.

Dose totale : 144 MCD.

Le malade part et il n'a pas été possible de le revoir.

152. — *Femme 60 ans.*

Épithélioma pavimenteux de la muqueuse jugale droite. Lésion située en face du rebord du maxillaire supérieur et envahissant la muqueuse du rebord maxillaire et du voile du palais.

Adénopathie sous-maxillaire droite, du volume d'une noix, non fixée.

Le 15-2-35.

Curiethérapie externe sur la joue droite.

S : 112 cm² ; D : 3 cm.

36 tubes de 50 mcd pendant 120 heures.

Dose totale : 216 MCD.

Pas de modification sensible des lésions.

Décès le 29-8-35.

153. — *Homme 61 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche, près de la commissure.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, durs, mobiles.

Le 10-5-35.

Curiepointure :

4 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Le malade part et n'est pas revu. On apprend son décès en 1937.

154. — *Homme 69 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la muqueuse jugale droite au niveau du rebord gingival inférieur.

Petits ganglions sous-maxillaires et carotidiens droits, mobiles.

Une irradiation sans filtre a été faite le 6-11-35, en dehors du Centre Anticancéreux. On n'a aucune précision sur la dose utilisée.

Le 18-3-36.

Continuation d'évolution.

Curage cervical droit total.

Résection du maxillaire inférieur droit.

Histologie : Ganglions non envahis.

Décès le 31-3-36 de complications pulmonaires.

155. — *Homme 54 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la muqueuse jugale droite au niveau du maxillaire inférieur.

Petits ganglions sous-maxillaires droits, mobiles.

Le 10-1-36.

Curiothérapie externe sur la joue droite.

S : 35 cm² ; D : 3 cm.

10 tubes de 50 mcd pendant 190 heures.

Dose totale : 95 MCD.

Le 14-3-36.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 28-3-36.

Curiepuncture sur un petit noyau résiduel.

2 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 3,84 MCD.

Le 22-4-36.

Récidive ganglionnaire rapide en pleine cicatrice du curage ancien.

Décès en 1936.

156. — *Femme 68 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la muqueuse jugale droite coagulée, pour la première fois, il y a 4 mois et ayant eu aussitôt après un curage sous-maxillaire et carotidien haut à droite.

Lésion extrêmement étendue allant du pilier antérieur aux rebords gingivaux supérieur et inférieur et en avant jusqu'à un centimètre de la commissure labiale.

Cicatrice du curage bien souple.

Le 14-1-36.

Curithérapie externe sur la joue droite.

S : 100 cm² ; D : 5 cm.

18 tubes de 50 mcd pendant 14 jours.

Dose totale : 300 MCD.

Continuation d'évolution. Apparition rapide de ganglions, sous-maxillaires droits, carotidiens et sus-claviculaires gauches.

Décès le 15-6-36.

157. — *Homme 53 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la totalité de la muqueuse jugale droite envahissant la joue en masse, sauf la peau.

Adénopathie sous-maxillaire droite, du volume d'une noix, presque fixée.

Le 28-3-36.

Curage sous-maxillaire droit.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 11-4-36.

Curithérapie externe sur la joue droite.

S : 120 cm² ; D : 4 cm.

11 tubes de 100 mcd pendant 13 jours.

Dose totale : 336 MCD.

Le 22-7-36.

La lésion ne paraît pas stérilisée.

Décès en 12-37.

158. — *Homme 53 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la joue gauche tout autour de la commissure labiale sur 12 cm² environ.

Volumineuse adénopathie sous-maxillaire gauche, fixée.

Le 14-4-36.

Curiepuncture.

10 aiguilles de 20 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 14,4 MCD.

Le 18-4-36.

Curithérapie externe sur la joue gauche.

S : 36 cm² ; D : 4 cm.

6 tubes de 100 mcd pendant 7 jours.

Dose totale : 100,8 MCD.

Le 6-10-36.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 13-11-36.

Curithérapie externe sur la région cervicale gauche.

S : 130 cm² ; D : 4 cm.

32 tubes de 50 mcd pendant 170 heures.

Dose totale : 272 MCD.

Le 17-2-37.

Récidive ganglionnaire carotidienne gauche. Envahissement de la cicatrice du curage qui bourgeonne.

Décès le 30-3-37.

159. — *Homme 61 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche, tout le long du rebord gingival du maxillaire inférieur, infiltrant toute l'épaisseur de la joue.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 2-4-36.

Curiethérapie externe sur la joue gauche.

S : 88 cm² ; D : 4 cm.

24 tubes de 50 mcd pendant 205 heures.

Dose totale : 246,4 MCD.

Le 14-10-36.

Reprise de l'évolution locale. Pas de ganglions.

Le malade part chez lui et il n'a pas été possible de le revoir.

Décès à une date non précisée.

160. — *Homme 66 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la muqueuse jugale droite dans sa moitié postérieure, envahissant les muqueuses gingivales supérieure et inférieure et infiltrant toute l'épaisseur de la joue.

Empâtement suspect sous-maxillaire et carotidien droit sans ganglions nettement individualisés.

Le 22-5-36.

Curiethérapie externe sur la joue droite.

S : 110 cm² ; D : 4 cm.

20 tubes de 50 mcd pendant 330 heures.

Dose totale : 330 MCD.

Le malade part et il n'a pas été possible de le revoir.

161. — *Homme 45 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la muqueuse jugale droite inférieure, au niveau du repli jugo-maxillaire, envahissant la gencive et le maxillaire ainsi que l'épaisseur de la joue qui est ulcérée en dehors.

Petite adénopathie sous-maxillaire droite.

Le 26-5-36.

Exérèse au bistouri électrique et coagulation.

Le 2-6-36.

Curiethérapie externe sur la cicatrice.

S : 64 cm² ; D : 5 cm.

18 tubes de 50 mcd pendant 213 heures.

Dose totale : 192 MCD.

Le 18-8-36.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 7/10 CU, Dist : 50 cm.

400 r par jour.

Dose totale : 49 H sur le maxillaire inférieur.

Le 5-11-36.

Le maxillaire est encore suspect.

Hémi-résection du maxillaire inférieur.

Décès le 15-11-36 de complications pulmonaires.

162. — *Homme 85 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche, tout autour de la commissure labiale. Opérée en 35, récidive en 7-36.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 24-9-36.

Curie-puncture :

4 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Le 2-10-36.

Curiethérapie externe sur la joue gauche.

S : 8 cm² ; D : 1 cm.

4 tubes de 50 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 14,4 MCD.

Le malade quitte le service en excellent état. Il n'a pas été possible de le revoir.

163. — *Homme 70 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche dans sa partie moyenne.

Petits ganglions sous-maxillaires et carotidiens gauches, mobiles.

Le 20-6-36.

Curiethérapie externe sur la joue gauche.

S : 96 cm² ; D : 4 cm.

12 tubes de 100 mcd pendant 200 heures.

Dose totale : 240 MCD.

Le 13-11-36.

Curiepointure d'un noyau résiduel.

5 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 12 MCD.

Le 23-11-36.

Curiethérapie externe sur la joue gauche.

S : 81 cm² ; D : 3 cm.

12 tubes de 50 mcd pendant 249 heures.

Dose totale : 149,8 MCD.

Décès en 6-38 par reprise de l'évolution jugale.

164. — *Homme 61 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la muqueuse jugale droite au voisinage du sillon gingivo-jugal inférieur.

Adénopathie sous-maxillaire droite, fixée.

Le 6-10-36.

Curiepointure :

7 aiguilles de 20 mcd, pendant 4 jours.

Dose totale : 13,44 MCD.

Le 13-10-36.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion non envahi.

Le 26-10-36.

Curiethérapie externe sur la joue.

S : 20 cm² ; D : 4 cm.

5 tubes de 50 med pendant 4 jours.

Dose totale : 36 MCD.

Décès le 11-3-37.

165. — *Homme 67 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche, en arrière vers la branche montante du maxillaire inférieur et envahissant la région amygdalienne gauche.

Petits ganglions sous-maxillaires gauches, mobiles.

Le 21-10-37.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 1-12-37.

Télécuriethérapie :

294 MCD sur la joue et la région cervicale gauche.

294 MCD sur même champ droit.

Le 13-12-37.

Curiethérapie juxta-lésionnelle.

1 tube de 50 med pendant 3 jours.

Dose totale : 3,6 MCD.

Le 22-3-38.

Continuation d'évolution des lésions jugales.

Décès le 15-5-38.

166. — *Homme 62 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche près du sillon maxillo-jugal supérieur.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 6-11-37.

Curiepuncture :

3 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 2,88 MCD.

Le 13-11-37.

Curiethérapie externe sur la joue gauche.

S : 35 cm² ; D : 4 cm.

9 tubes de 50 mcd pendant 155 heures.

Dose totale : 70 MCD.

Le 19-5-38.

Apparition d'un petit ganglion sous-angulo-maxillaire gauche, du volume d'une petite noix, adhérent au maxillaire.

Le 28-5-38.

Curage cervical gauche total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 29-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

167. — *Homme 43 ans.*

Épithélioma lobule spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche, dans sa partie moyenne, depuis la branche montante du maxillaire, en arrière, à la commissure des lèvres, en avant.

Empâtement carotidien gauche diffus, sans ganglions nets.

Le 20-1-38.

Curage cervical gauche total.

Histologie : négative.

Le 7-3-38.

Télécuriethérapie : 382,2 MCD sur la joue et la région cervicale gauche.

Excellent résultat immédiat. Il n'a pas été possible de revoir le malade.

168. — *Homme 44 ans.*

Épithélioma glandulaire métaplasique de la totalité de la muqueuse jugale droite avec envahissement des plans sous-cutanés et cutanés.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 21-4-38.

Télécuriethérapie: 514 MCD sur la région jugale droite.

Le 27-5-38.

Curiepuncture:

4 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 9,6 MCD.

Le 28-1-39.

Apparition de ganglions carotidiens droits.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglions envahis.

A la suite de cette intervention, il se produit une nécrose rapide des plans cutanés recouvrant l'angle du maxillaire inférieur droit.

Le 1-6-39.

Cicatrisation très lente des lésions.

169. — *Homme 55 ans.*

Épithélioma lobulé spinocellulaire de la muqueuse jugale gauche, dans son tiers inférieur, envahissant le sillon maxillo-jugal et l'épaisseur de la joue.

Petits ganglions sous-maxillaires, bilatéraux, durs.

Le 2-6-38.

Télécuriethérapie: 382,2 MCD sur la région cervicale et jugale gauche.

Le 24-6-38.

Curiepuncture:

4 aiguilles de 20 mcd pendant 7 jours.

Dose totale : 13,84 MCD.

Le 25-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

XII. — ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE INFÉRIEURE

170. — *Homme 43 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la moitié droite de la lèvre inférieure, atteignant la ligne médiane mais respectant la commissure.

Petits ganglions sous-maxillaires droits, durs, mobiles.

Le 2-5-34.

Curiepuncture :

4 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Le 6-5-35.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 14 cm² ; D : 2 cm.

Dose totale : 14,4 MCD en 48 heures par 6 tubes de 50 mcd.

Le 3-6-35.

Curage sous-maxillaire bilatéral.

Histologie : Pas de néoplasme.

Le 15-1-39.

Le malade, entièrement guéri, meurt dans un accident de mine.

171. — *Homme 73 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la totalité de la lèvre inférieure, mais respectant les commissures.

Petits ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires gauches, durs, mobiles.

Le 5-2-35.

Curiepuncture :

10 aiguilles de 20 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 28 MCD.

Le 13-2-35.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 21 cm² ; D : 2 cm.

12 tubes de 50 mcd pendant 64 heures.

Dose totale : 38,4 MCD.

Le malade part en excellent état, mais ne revient jamais aux consultations. Il n'a pas été possible de le revoir.

172. — *Homme 51 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la moitié droite de la lèvre inférieure, débordant la ligne médiane et atteignant la commissure droite.

Empâtement sous-maxillaire bilatéral, prédominant à gauche.

Le 9-4-35.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Le 15-4-35.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 32 cm² ; D : 2 cm.

9 tubes de 50 mcd pendant 85 heures.

Dose totale : 38,25 MCD.

Le 25-5-35.

Curage sous-maxillaire bilatéral.

Histologie négative.

Le 7-6-39.

Excellent résultat.

173. — *Homme 58 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la partie médiane de la lèvre inférieure, respectant les deux commissures.

Petits ganglions sous-maxillaires gauches, durs, mobiles.

Le 12-4-35.

Curiepuncture:

4 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 9,6 MCD.

Le 19-4-35.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 32 cm² ; D : 2 cm.

6 tubes de 100 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 57,60 MCD.

Le malade ne revient jamais aux consultations.

Décès le 17-12-37 de cause non précisée.

174. — *Homme 74 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la commissure labiale droite, envahissant la muqueuse jugale.

Adénopathie sous-maxillaire droite, du volume d'une noix, dure, mobile.

Le 10-5-35.

Curiethérapie externe sur la commissure.

S : 20 cm² ; D : 4 cm.

6 tubes de 50 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 43,2 MCD.

Le 8-6-35.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Puis :

7 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 16,8 MCD.

Le 16-7-35.

Curage cervical droit total.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 9-10-35.

Volumineux ganglion sous-mental, fixé.

Curiethérapie externe sur ce ganglion.

S : 100 cm² ; D : 5 cm.

20 tubes de 50 mcd pendant 300 heures.

Dose totale : 300 MCD.

Régression considérable du ganglion.

Décès le 10-5-36.

175. — *Homme 72 ans.*

Épithélioma ectodermique spinocellulaire de la totalité de la lèvre inférieure, envahissant les deux commissures et la moitié gauche de la lèvre supérieure.

Petits ganglions sous-maxillaires, bilatéraux, surtout à gauche.

Le 19-9-35.

Curiethérapie externe :

S : 66 cm² ; D : 4 cm.

20 tubes de 50 mcd pendant 198 heures.

Dose totale : 198 MCD.

Le 22-7-37.

Bon résultat malgré une grosse perte de substance.

Le 1-6-39

Excellent état

176. — *Homme 74 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la moitié gauche de la lèvre inférieure, débordant la ligne médiane et envahissant la commissure. A déjà été excisée il y a un an.

Volumineux ganglions sous-maxillaires gauches, mobiles.

Le 24-9-35.

Curiepointure :

12 aiguilles de 20 mcd pendant 13 jours.

Dose totale : 74,88 MCD.

Bon résultat immédiat. Le malade part et reviendra pour curage.

Le malade n'est pas revenu et il n'a pas été possible de le revoir.

177. — *Homme 55 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la partie médiane de la lèvre inférieure, débordant surtout à droite sans atteindre la commissure.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 26-9-35.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 20 med pendant 9 jours.

Dose totale : 30,24 MCD.

Le 14-12-35.

Petits ganglions suspects à gauche.

Curage cervical gauche respectant la carotide externe.

Curage sous-maxillaire droit.

Histologie : Pas de néoplasme.

Le 27-10-37.

Excellent résultat. Il n'a pas été possible de revoir le malade depuis.

178. — *Homme 71 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la moitié gauche de la lèvre inférieure, débordant la ligne médiane et envahissant la commissure.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, sans caractères suspects.

Le 26-9-35.

Curiepuncture :

10 aiguilles de 20 med pendant 11 jours.

Dose totale : 52,8 MCD.

Le 24-12-35.

Curage cervical gauche total.

Décès au 4^e jour de complications pulmonaires.

179. — *Homme 67 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la moitié droite de la lèvre inférieure, débordant la ligne médiane et envahissant la commissure.

Adénopathie sous-maxillaire droite, du volume d'une olive, mobile.

Le 6-12-35.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 20 mcd pendant 11 jours.

Dose totale : 31,68 MCD.

Le 17-12-35.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 48 cm² ; D : 3 cm.

12 tubes de 50 mcd pendant 200 heures.

Dose totale : 120 MCD.

Le 25-5-39.

Va bien. Pas de ganglions suspects.

180. — *Homme 75 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la moitié droite de la lèvre inférieure, débordant la ligne médiane et envahissant la commissure. Très mauvais état général. Malade cardiaque.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 11-1-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 30 cm² ; D : 3 cm.

5 tubes de 100 mcd et 1 de 50 mcd pendant 136 heures.

Dose totale : 75 MCD.

Décès le 15-5-36 d'une crise d'asystolie.

181. — *Homme 48 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire médian de la lèvre inférieure, débordant surtout à droite, mais sans atteindre la commissure.

Petits ganglions bilatéraux, sans caractères suspects.

Le 10-4-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 65 cm² ; D : 5 cm.

10 tubes de 50 mcd pendant 364 heures.

Dose totale : 182 MGD.

Le malade part et ne revient jamais.

Décès le 15-1-37.

182. — *Homme 72 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la totalité de la lèvre inférieure, sauf les commissures.

Ganglions sous-maxillaires bilatéraux et carotidiens gauches, petits, durs et mobiles. Il faut noter que le malade est un bacillaire qui présente des lésions de lupus facial.

Le 24-4-36.

Curiepuncture :

10 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 24 MCD.

Le 30-4-36.

Curithérapie externe sur la lèvre.

S : 24 cm² ; D : 2 cm.

5 tubes de 100 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 72 MCD.

Le 20-5-39.

Excellent résultat.

183. — *Homme 74 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la moitié gauche de la lèvre inférieure, débordant la ligne médiane mais respectant la commissure.

Petits ganglions sous-maxillaires, bilatéraux, sans caractères suspects.

Le 15-5-36.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 14,4 MCD.

Le 20-5-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 28 cm² ; D : 2 cm.

6 tubes de 50 mcd pendant 7 jours.

Dose totale : 50,4 MCD.

Le malade refuse le curage ganglionnaire.

Le 21-7-37.

Le malade est revu pour la première fois avec une volumineuse adénopathie sous-maxillaire gauche, fixée au maxillaire.

Curage sous-maxillaire gauche assez difficile.

Histologie : Ganglion envahi.

Décès le 15-8-37.

184. — *Homme 59 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la lèvre inférieure gauche, bien limitée, respectant la ligne médiane et la commissure.

Petits ganglions sous-maxillaires gauches, du volume d'olives, bien mobiles.

Le 19-5-36.

Curiepointure :

2 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 1,92 MCD.

Le 23-5-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 4 cm² ; D : 2 cm.

3 tubes de 100 mcd pendant 18 heures.

Dose totale : 4,4 MCD.

Le 15-9-39.

Excellent résultat. Petits ganglions sous-maxillaires à peine perceptibles.

185. — *Homme 72 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la totalité de

la lèvre inférieure, envahissant les deux commissures et le menton.

Ganglions sous-maxillaires et carotidiens bilatéraux, durs, mobiles.

Le 20-6-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre et le menton.

S : 45 cm² ; D : 4 cm.

10 tubes de 100 mcd pendant 110 heures.

Dose totale : 110 MCD.

Le malade refuse toute intervention et part. Il n'a pas été possible de le revoir.

186. — *Femme 58 ans.*

Épithélioma atypique paramédian de la lèvre inférieure gauche, petite lésion respectant la commissure et la ligne médiane.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, sans caractères suspects.

Le 28-8-36.

Curiepuncture :

5 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 9,60 MCD.

Le 3-9-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 6 cm² ; D : 1 cm.

3 tubes de 50 mcd pendant 24 heures.

Dose totale : 3,6 MCD.

Excellent résultat immédiat. La malade n'a pu être revue.

187. — *Homme 77 ans.*

Épithélioma lobulé spinocellulaire occupant toute la lèvre inférieure et envahissant les plans superficiels du menton

sans atteindre le maxillaire. Volumineuse tumeur bourgeonnante.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, mobiles, durs.

Le 28-8-36.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 7/10 CU, Dist : 50 cm.

500 r 3 fois par semaine.

Dosé totale : 55 H sur la lèvre et le menton.

Le malade veut partir et n'est pas revu.

Décès le 15-6-37 de cause non précisée.

188. — *Homme 70 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la portion médiane de la lèvre inférieure, envahissant jusqu'au voisinage des commissures sans les atteindre.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 27-10-36.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Le 5-11-36.

Curithérapie externe sur la lèvre.

S : 28 cm² ; D : 3 cm.

8 tubes de 50 mcd pendant 110 heures.

Dose totale : 44 MCD.

Excellent résultat immédiat. Il n'a pas été possible de revoir le malade.

189. — *Homme 60 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la partie médiane de la lèvre inférieure, bien limité.

Petits ganglions sous-maxillaires, sans caractères suspects, des deux côtés.

Le 6-11-36.

Curiepuncture :

5 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 9,6 MCD.

Le 12-11-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 45 cm² ; D : 1 cm.

6 tubes de 50 mcd pendant 120 heures.

Dose totale : 36 MCD.

Le 21-7-37.

Un *curage cervical gauche* a été fait en dehors du Centre Anticancéreux.

Aucune lésion suspecte.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

190. — *Homme 43 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la lèvre inférieure droite respectant la commissure et la ligne médiane.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux, mobiles, durs.

Le 6-11-36.

Curiepuncture :

7 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 13,44 MCD.

Le 12-11-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 63 cm² ; D : 1 cm.

8 tubes de 50 mcd pendant 85 heures.

Dose totale : 34 MCD.

Le 19-12-36.

Curage sous-maxillaire bilatéral.

Histologie : Pas de néoplasme.

Le 12-5-37.

Excellent résultat. Il n'a pas été possible de revoir le malade depuis.

191. — *Homme 61 ans.*

Épithélioma pavimenteux de la portion muqueuse de la lèvre inférieure gauche, envahissant le sillon maxillo-labial et la gencive ainsi que la ligne médiane et la commissure gauche.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 21-11-36.

Curiepuncture :

12 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 23,04 MCD.

Le 1-12-36.

Félécuriethérapie : 235,2 MCD sur la lèvre.

Le 18-9-37.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

Le malade n'a pu être revu depuis.

192. — *Homme 59 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la totalité de la lèvre inférieure. Récidive d'une exérèse faite il y a 4 mois.

Petits ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires gauches, durs, bien mobiles.

Le 15-11-36.

Curage cervical gauche.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 27-11-36.

Curiepuncture :

10 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 24 MCD.

Le 3-12-36.

Curiethérapie externe sur la région sous-maxillaire et carotidienne gauche.

S : 144 cm² ; D : 4 cm.

18 tubes de 50 mcd pendant 400 heures.

Dose totale : 360 MCD.

Le 30-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

193. — *Homme 52 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la totalité de la lèvre inférieure, envahissant la face antérieure du menton et la commissure droite. La commissure gauche est respectée.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux et mentonniers mobiles.

Le 16-12-36.

Curage sous-maxillaire bilatéral. Assez facile à droite, difficile à gauche.

Histologie : Lésions tuberculeuses anciennes. Pas de néoplasme.

Le 31-12-36.

Röntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 10/10 CU, Dist : 50 cm.

300 r tous les 2 jours.

Dose totale : 39 H sur la lèvre.

Le 15-1-37.

Curiéthérapie externe sur les régions sous-mentale et sous-maxillaires.

S : 100 cm² ; D : 3 cm.

15 tubes de 50 mcd pendant 92 heures.

Dose totale : 69 MCD.

Le 20-5-39.

Excellent résultat.

194. — *Homme 38 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la lèvre inférieure gauche respectant la ligne médiane et la commissure.

Ganglions sous-maxillaires gauches, du volume de noisettes, mobiles.

Le 20-5-37.

Curiepuncture :

4 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Le 30-5-37.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 4cm² ; D : 2 cm.

4 tubes de 50 mcd pendant 40 heures.

Dose totale : 8 MCD.

Le 20-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

195. — *Homme 66 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire des 2/3 gauches de la lèvre inférieure, envahissant la commissure gauche.

Petit ganglion sous-maxillaire gauche, dur, mobile.

Le 28-5-37.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 84 heures.

Dose totale : 13,44 MCD.

Le 5-6-37.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 15 cm².; D : 2 cm.

6 tubes de 50 mcd pendant 50 heures.

Dose totale : 15 MCD.

Le 25-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

196. — *Homme 79 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la moitié droite de la lèvre inférieure atteignant la commissure droite.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 12-2-37.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Le 18-2-37.

Curithérapie externe sur la lèvre.

S : 28 cm² ; D : 2 cm.

5 tubes de 100 mcd pendant 56 heures.

Dose totale : 28 MCD.

Le 30-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

197. — *Femme 71 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire lobulé de la moitié gauche de la lèvre inférieure, débordant la ligne médiane et respectant la commissure.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 10-6-37.

Curiepuncture :

3 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 5,76 MCD.

Le 16-6-37.

Curithérapie externe sur la lèvre.

S : 8 cm² ; D : 2 cm.

4 tubes de 50 mcd pendant 40 heures.

Dose totale : 8 MCD.

Le 11-9-37.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

Il n'a pas été possible de revoir la malade depuis.

198. — *Homme 47 ans.*

Épithélioma spinocellulaire de la partie médiane de la lèvre inférieure. Petite lésion.

Petits ganglions sous-maxillaires bilatéraux sans caractères suspects.

Le 27-8-37.

Curiepuncture :

4 aiguilles de 10 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 3,84 MCD.

Le 2-9-37.

Curiothérapie externe sur la lèvre.

S : 8 cm² ; D : 2 cm.

3 tubes de 100 mcd pendant 40 heures.

Dose totale : 12 MCD.

Le 3-11-37.

Excellent résultat.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

199. — *Homme 57 ans.*

Épithélioma lobulé. Petite lésion exactement médiane de la lèvre inférieure.

Gros ganglions sous-maxillaires bilatéraux, mobiles, mous.

Le 9-11-37.

Curiepuncture :

2 aiguilles de 20 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 2,88 MCD.

Le 29-11-37.

Curiothérapie externe sur la lèvre.

S : 2 cm² ; D : 1 cm.

4 tubes de 50 mcd pendant 24 heures.

Dose totale : 4,8 MCD.

Le 29-5-39.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

200. — *Homme 40 ans.*

Épithélioma pavimenteux de la lèvre inférieure droite, dépassant la ligne médiane et envahissant la commissure et la muqueuse jugale à droite.

Pas de ganglions perceptibles.

Le 23-11-37.

Curiothérapie externe sur la lèvre.

S : 32 cm² ; D : 3 cm.

9 tubes de 50 mcd pendant 142 heures.

Dose totale : 64 MCD.

Le-23-12-37.

Ganglions très suspects, sous-mentaux et sous-maxillaires bilatéraux.

La lésion primitive n'est pas stérilisée.

Curiepuncture:

7 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 13,44 MCD.

Le 11-1-38.

Curage cervical droit.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 8-2-38.

Curiethérapie externe sur la région cervicale droite.

S : 99 cm² ; D : 4 cm.

20 tubes de 50 mcd pendant 300 heures.

Dose totale : 300 MCD.

Le 6-1-39.

Envahissement de la moitié gauche de la lèvre inférieure.

Curiepuncture de cette nouvelle lésion.

4 aiguilles de 20 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Le 13-1-39.

Curiethérapie externe sur lésion gauche.

S : 20 cm² ; D : 2 cm.

10 tubes de 50 mcd pendant 60 heures.

Dose totale : 30 MCD.

Le 24-2-39.

Curiepuncture sur noyau résiduel gauche.

2 aiguilles de 10 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 2,88 MCD.

Le 30-5-39.

Grosse perte de substance à droite. Lésions en voie de réparation. Pas de ganglions.

201. — *Homme 44 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire de la partie médiane de la lèvre inférieure, petite lésion.

Ganglions sous-mentaux et sous-maxillaires bilatéraux.
Le 4-12-37.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 10 mcd pendant 3 jours.

Dose totale : 5,76 MCD.

Le 9-12-37.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 10 cm² ; D : 2 cm.

4 tubes de 50 mcd, pendant 50 heures.

Dose totale : 10 MCD.

Le 9-1-38.

Curage sous-maxillaire bilatéral.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 8-2-38.

Curiethérapie externe sur les deux régions sous-maxillaires.

S : 120 cm² ; D : 4 cm.

22 tubes de 50 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 158 MCD.

Le 25-5-39.

Excellent résultat.

202. — *Homme 51 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire du 1/3 droit de la lèvre inférieure envahissant la commissure d'où part une traînée lymphangitique.

Pas de ganglions géniens. Petits ganglions sous-maxillaires.

Le 25-3-38.

Curiepuncture:

8 aiguilles de 50 mcd pendant 6 jours.

Dose totale : 11,52 MCD.

Le 1-4-38.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 10 cm² ; D : 3 cm.

6 tubes de 50 mcd pendant 80 heures.

Dose totale : 24 MCD.

Le 7-9-38.

Excellent résultat. Pas de ganglions.

Le 31-5-39.

Petits ganglions sous-maxillaires droits, durs, mobiles.

On fera un curage cervical.

203. — *Homme 79 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire médian de la lèvre inférieure respectant les deux commissures.

Ganglion sous-maxillaire droit du volume d'une olive, mobile.

Le 30-4-38.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 15,36 MCD.

Le 6-5-38.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 24 cm² ; D : 2 cm.

4 tubes de 100 mcd pendant 60 heures.

Dose totale : 24 MCD.

Le 7-9-38.

Le malade refuse le curage et part.

Le 15-5-39.

Envahissement ganglionnaire.

204. — *Homme 58 ans.*

Épithélioma pavimenteux diffus de la moitié droite de la lèvre inférieure, respectant la commissure.

Petits ganglions sous-maxillaires droits, mobiles, durs.

Le 30-4-38.

Curage cervical droit total.

Histologie : Inflammation simple, sans néoplasme.

Le 21-5-38.

Curiepuncture :

4 aiguilles de 20 mcd pendant 4 jours.

Dose totale : 7,68 MCD.

Le 27-5-38.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 21 cm² ; D : 3 cm.

9 tubes de 50 mcd pendant 35 heures.

Dose totale : 15,75 MCD.

Excellent résultat immédiat.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

XIII. — ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

205. — *Homme 59 ans.*

Épithélioma glandulaire métaplasique volumineux de la lèvre supérieure, à point de départ muqueux et envahissant les plans cutanés. Volumineuse adénopathie carotidienne gauche fixée.

Le 15-5-36.

Curiepuncture :

8 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 19.2 MCD.

Le 20-5-36.

Curiethérapie externe sur la lèvre.

S : 40 cm² ; D : 2 cm.

9 tubes de 50 mcd pendant 160 heures.

Dose totale : 72 MCD.

Le 9-10-37.

Curage cervical gauche difficile à la limite des ganglions.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 15-3-38.

Ganglion sous-maxillaire gauche mobile, ganglions sous-mentaux fixés et ganglions sous-maxillaires droits à la limite de fixation.

Curage sous-maxillaire bilatéral.

Histologie : Ganglion envahi.

Le 10-8-38.

Infiltration cervicale gauche au niveau de la première intervention.

Le 19-1-39.

Décès.

206. — *Femme 64 ans.*

Épithélioma glandulaire, adéno-carcinome de la moitié droite de la lèvre supérieure, cutanéomuqueuse, envahissant la commissure.

Ganglions sous-maxillaires droits mobiles.

Le 6-2-37.

Curiethérapie externe sur les régions sous-maxillaire et cervicale droites.

S : 72 cm² ; D : 4 cm.

16 tubes de 50 mcd pendant 270 heures.

Dose totale : 216 MCD.

Le 8-2-37.

Rœntgenthérapie :

200 KV, 4 millis, 10/10 CU, Dist. : 50 cm.

500 r tous les 2 jours.

Dose totale : 25 H sur la lèvre.

Décès en 12-38.

207. — *Homme 64 ans.*

Épithélioma épidermoïde spinocellulaire médian de la lèvre supérieure, respectant les commissures. La portion cutanée de la lèvre est seule intéressée.

Pas de ganglions jugaux, sous-maxillaires ou carotidiens perceptibles.

Le 13-7-37.

Curiepuncture :

6 aiguilles de 20 mcd pendant 5 jours.

Dose totale : 14,4 MCD.

Le 20-7-37.

Curiethérapie externe sur la lèvre :

S : 10 cm² ; D : 3 cm.

6 tubes de 100 mcd pendant 30 heures.

Dose totale : 18 MCD.

Le 20-12-37.

Bon résultat. Pas de ganglions.

Il n'a pas été possible de revoir le malade.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence et la gravité des envahissements lymphatiques au cours des épithéliomas de la cavité buccale, rend, en principe, absolue, la nécessité de traiter, dans tous ces néoplasmes, les territoires ganglionnaires correspondants.

II. — L'opinion actuellement admise par nombre d'auteurs, veut que les ganglions ne puissent être stérilisés par la radiothérapie et que leur seul traitement soit chirurgical.

Il nous apparaît que cette opinion est trop exclusive. Certaines adénopathies peuvent être stérilisées par la radiothérapie.

Toutefois cette action curatrice ne peut être assurée que dans les adénopathies de faible volume et par une technique rigoureuse. Cette technique est essentiellement caractérisée par l'utilisation d'un rayonnement très filtré, à doses fortes, réfractées et prolongées, conformément, en principe, à la méthode de COUTARD.

III. — La chirurgie et la radiothérapie ne sont cependant pas des méthodes rivales. Elles ne sauraient être utilisées séparément de façon absolument

rigide. Chacune, en l'état actuel de la technique, a des indications assez précises. Leur association peut enfin, dans certains cas, assurer des résultats que chacune d'elles ne saurait espérer isolément.

IV. — La radiothérapie seule est indiquée dans toutes les adénopathies de petit volume, assez proches de la lésion primitive pour qu'on puisse, dans un même champ, irradier le néoplasme initial et les territoires lymphatiques correspondants. Elle sera également utilisée seule dans certaines localisations néoplasiques, au cours desquelles l'atteinte de relais ganglionnaires inaccessibles à la chirurgie, est habituelle. Tel est le cas des localisations de la base linguale, du pharynx, de l'amygdale, de l'épiglotte et parfois de certains néoplasmes des bords de la langue et du plancher buccal.

V. — La chirurgie seule est indiquée dans tous les autres cas où les territoires lymphatiques sont cliniquement indemnes ou en présence de ganglions encore mobiles. Le curage ganglionnaire sera toujours pratiqué, en principe, le plus tôt possible après la fin du traitement de la lésion primitive.

Sa mise en œuvre pourra être retardée dans certains cas, très particuliers, de néoplasmes des lèvres, de petites dimensions, sans adénopathies suspectes. Mais à la condition, absolue, de la possibilité, pratiquement exceptionnelle, d'une rigoureuse surveillance.

VI. — La radiothérapie sera associée à la chirurgie, après le curage, quand l'histologie des ganglions

enlevés aura confirmé leur envahissement néoplasique. De même, en cas d'adénopathie à la limite de fixation, même si l'histologie est négative. En outre, il pourra être utile d'employer la radiothérapie pré-opératoire dans les cas de ganglions à la limite de fixation.

VII. — Les traitements médicaux et biologiques, généraux et locaux, sont des adjuvants précieux des traitements radio-chirurgicaux qu'ils pourront précéder, accompagner ou suivre. Leur action, quoique non spécifiquement cancéricide, fournira toujours un précieux appoint aux méthodes classiques.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LÉON BÉRARD.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 15 juin 1939.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons retenu ici que les publications postérieures à 1930, les références antérieures seront trouvées dans la thèse d'ÉTIENNE-MARTIN.

I. — PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

AULER et SCHILLING. — Sur l'influence de l'ablation des ganglions lymphatiques sur la croissance des tumeurs. *Zeitschr. f. Krebsforsch.* Berlin, 28 août 1937, 46, no. 4, p. 241.

GRYNKRAUT (B.). — Bases expérimentales de la radiothérapie prophylactique des tumeurs malignes. *Journ. Radiol. et Électrol.* Paris, nov. 1934, 18, n° 11, p. 583.

JOLLY (J.). — Action des rayons X sur les cellules. Modifications de la radiosensibilité par ligature des connexions vasculaires. *C. R. Soc. de Biol.*, 5 juillet 1924, p. 351.

— Mode d'action des rayons X sur les cellules. Irradiation d'organes isolés. *C. R. Soc. de Biol.*, 1924, p. 79.

— Action des rayons X sur les cellules. Diminution de la réaction d'un organe sensible par la ligature des artères afférentes. *C. R. Soc. de Biol.*, 19 juillet 1924, p. 532.

KUSCHFELDT (Ruth.). — Le sort des cellules néoplasiques ayant pénétré dans les ganglions lymphatiques. *Zeitschr. f. Krebsforsch.* Berlin, 28 août 1937, 46, n° 4, p. 247.

Mc.GREGOR (Leone). — Reactions to radiations in lymph nodes containing carcinoma métastases of the squamous cell type. *Acta Radiologica.* Stockholm, mai 1934, 15, n° 2, p. 129.

II. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

a) Agents physiques.

ATSCHUL (Walther). — Kritische bemerkungen zur prophylaktischen nachbestrahlung. *Strahlentherapie.* Berlin, juin 1937, 59, n° 2, p. 340.

CHEVAL (Max) et DUSTIN (A.-P.). — Théorie et pratique de la télécuriethérapie. Paris 1931.

COUTARD (H.). — La roëntgentherapie des cancers. *Strahlentherapie.* Berlin, 14 avril 1937, 58, n° 4, p. 537.

FIRKET (Jean). — Faut-il irradier les métastases latentes ? *Le Cancer.* Bruxelles, 1931, n° 3, p. 161.

MATHEY-CORNAT. — Considérations sur les indications et la technique du traitement radiothérapique post-opératoire. *Journ. Médecine de Bordeaux*, 20 mai 1933, 110, n° 14, p. 404.

PACK (Georges-T.) et TABER (Leslie-R.). — The use of radium élément seeds in the treatment of cancer. *Am. Journ. Röntg.* Springfield, avril 1937, 37, n° 4, p. 516.

SCHINZ (H.-R.). — Die prophylaktische nachbestrahlung. *Strahlentherapie*, Berlin, juin 1937, 59, n° 2, p. 291.

WINTZ (H.). — Zur strahlenbehandlung des karzinoms nach der opération. *Strahlentherapie*. Berlin, juin 1937, 59, n° 2, p. 305.

REGAUD (Cl.). — Sur les principes radiophysiologiques de la radiothérapie des cancers. *Radiophysiologie et radiothérapie*. Juin 1931, n° 3, p. 319.

b) Chirurgie.

CREYSSSEL (J.), et ÉTIENNE-MARTIN (Maurice). — De l'anesthésie loco-régionale dans la pratique du curage cervical pour adénopathies néoplasiques. *Revue de Chirurgie*. Paris, juin 1931, 50, n° 6, p. 443.

DUVAL et REDON (H.). — Un point de technique dans l'évidement cellulo-ganglionnaire du cou pour cancer de la langue. L'opération totale d'arrière en avant. *Journ. Chirurgie*. Paris, mai 1935, 45, n° 5, p. 711.

DUCUING (J.), FABRE (P.) et GOUZY (J.). — Bases anatomocliniques de l'évidement du cou pour cancer. *Ann. Anat. Pathol. et Anat. Méde. Chir.* Paris, avril 1936, 13, n° 4, p. 397, et *Journal Chirurgie*, juin 1935, T. 45, p. 849.

ÉTIENNE-MARTIN (Maurice). — Thèse, Lyon 1930.

FISCHEL (Ellis). — Unilatéral block résection of the lymph nodes of the neck for carcinoma. *Am. Journ. Surgery*. New-York, octobre 1935, 30 n° 1, p. 27.

HEITZ (J.), ÉTIENNE-MARTIN (M.) et COLSON (P.). — A propos de la technique des évidements ganglionnaires du cou. *Lyon Chirurgical*, 1931.

ROUX-BERGER (J.-L.) et TAILHEFER (A.). — Le curage des ganglions du cou dans les cancers bucco-pharyngés. *Presse Médicale*. Paris, 25 mars 1933, 41, n° 24, p. 482, et *Radiophysiologie et Radiothérapie*, Paris, novembre 1933, n° 1, p. 99.

SIEMENS (W.). — Anwendung und auswertung der probe-excision. *Munchen Méd. Vorsch.* Mai 1937, 84, n° 22, p. 842.

TAILHEFER (A.). — Traitement chirurgical des adénopathies du cancer de la langue. Résultats éloignés. *Mém. Académ. Chirurg. Paris.* 24 juin 1936, 62, n° 22, p. 977.

c) Chimiothérapie.

ARLOING (F.), MOREL (A.), et JOSSERAND (A.). — *C. R. de l'Académie des Sciences* : 201, 1935, p. 456 et 745 ; 202, 1936, p. 598 ; 203, 1936, p. 1404 ; 204, 1937, p. 824.

BÉRARD (L.), MOREL (A.), ARLOING (F.), JOSSERAND (A.) et PERROT (L.). — Cancer et acide déhydrascorbique à anneau lactonique ouvert : Effets des sels complexes ferrico-sodiques préparés à partir de cet acide sur certains éléments cliniques du processus néoplasique. *Bulletin Acad. Méd.* 121, n° 12, p. 451, 28 mars 1939.

III. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALES

BAENSCH (W.). — Ueber die strahlenbehandlung des zungenkrebses. *Fortschr. A. D. Geb. D. Röntg.* Leipzig, mars 1936, 53, n° 3, p. 522.

BERVERN (Ellis). — Le traitement radiologique des tumeurs malignes de la cavité buccale. *Acta Radiologica.* Stockholm, 15 août 1932, 13, nos 3-4, p. 213.

— The radiological treatment of malignant tumours of the oral cavity and pharynx. *Acta Radiologica.* Stockholm, 1^{er} février 1937, 18, nos 1-2, p. 16.

- Malignant tumours of the tonsil. A clinical study with spécial référence to radiological treatment. *Acta Radiologica*. Stockholm, 1931, Supplément XI.
- BIRKETT (G.-E.). — Radium treatment of buccal carcinoma. Principles and some résultats. *Brit. Med. Journ.* 6 décembre 1930, n° 3648, p. 947.
- BLAIR (Vilray-P.), BROWN (James-Barrett) et HAM (William-G.). — Radical treatment of carcinoma of the lip. *Am. Journ. Røntg.* Springfield, février 1933, 29 n° 2, p. 229.
- BRUNSCHWIG (A.), TSCHETTER (D.). — Røntgenthérapy of the carcinoma of the tongue. *Illinois. M. J.*, 73, janvier 1938, p. 54.
- CADE (Stanford). — Radium treatment of cancer of the tongue. *Canadian Méd. Assoc. Journ.* Montréal, décembre 1930, 23, p. 771.
- Radiation treatment of the cancer of the mouth and pharynx. *Lancet*. Londres, 1^{er} juillet 1933, 225, n° 3731, p. 4.
- CAPPS (F.-C.-W.). — Carcinoma of oro-pharynx. *Proceed. Roy. Soc. of Med.* Londres, mai 1933, 26, n° 7, p. 908.
- CLARSON (Wright) et BARKER (Allen). — Management of cervical métastatic épidermoïd carcinoma. *Radio-logy*. Nouvelle-Orléans, août 1936, 27, n° 2, p. 158.
- COLLIN (E.). — La radiumthérapie du cancer de la lèvre, surtout au point de vue de ses métastases. *Acta Radiologica*. Stockholm, août 1932, 13, nos 3-4, p. 232.
- CREYSSEL (J.). — Récidive ganglionnaire carotidienne d'épithélioma de la lèvre inférieure. Traitement combiné par la chirurgie et les agents physiques. Résultats après quinze mois. *Lyon Médical*, 4 janvier 1931, 147, n° 1, p. 9.
- CROS (Ch.). — *Le cancer de la base de la langue*. Thèse Lyon, 1939.

- DELARUE (J.), et FAYEIN (M^{me} C.). — Sur les différentes variétés topographiques du cancer de la lèvre supérieure. *Bull. Ass. Franc. Étude Cancer*. Paris, janvier 1938, 27, n° 1, p. 8.
- DUCUING (J.). — Place de l'évidement prophylactique sous-maxillaire dans le traitement du cancer de la lèvre supérieure. *Bull. Assoc. Franc. Étude Cancer*. Paris, décembre 1937, 26, n° 6, p. 578.
- DUCUING (L.). — Le traitement des adénopathies cancéreuses secondaires aux tumeurs malignes aéro-alimentaires supérieures. *Bull. Mém. Soc. Radiol. Méd. France*. Paris, novembre 1937, 25, n° 243, p. 764.
- DUCUING (J.) et DUCUING (L.). — Les tumeurs malignes de l'amygdale palatine. *Ann. Oto. Lar.* Paris, janvier 1935, n° 1, p. 20.
- Les tumeurs malignes du sillon amygdalo-glosse. *Revue O. R. L.* Bordeaux, février 1935, 56, n° 2, p. 133.
 - L'orientation de la thérapeutique des adénopathies cancéreuses secondaires. *Paris Médical*, n° 17, 27 avril 1935, p. 377.
 - Les progrès du traitement chirurgical dans les adénopathies cancéreuses secondaires du cou. *Toulouse Médical*. 1^{er} janvier 1937.
 - Le problème de la thérapeutique prophylactique ou curative des adénopathies secondaires chez le cancéreux des voies aéro-digestives supérieures. *Le Sud Méd. et Chir.*, 1936, p. 311.
- DUFFY (James-J.). — Two cases of radiosensitive epidermoid carcinoma of base of tongue to illustrate value of external irradiation. *Bull. Memorial Hosp.* New-York, mai 1930, 2, n° 5, p. 105.
- Conservative procedure in the care of cervical lymph nodes in intraoral carcinoma. *Am. Journ. Roentgen.* Springfield, février 1933, 29, n° 2, p. 241.

- Cervical lymph nodes in intraoral carcinoma. Surgery or irradiation ? *Am. Journ. Röntgen*. Springfield. 39, n° 5, mai 1938, p. 767.
- ELDING (Lars). — Bisherige resultate von teleradiumbestrahlung beim buccal und kieferkarzinom an der radiologischen Klinik in Lund. *Acta Radiologica*. Stockholm, 1 Février 1937, 18, n°s 1-2, p. 97.
- ENGELSTAD (Rolf Bull). — Curiethérapie des cancers de la cavité buccale. *Journ. Radiol. et Électrol.* Paris, février 1937, 21, n° 2, p. 53.
- ÉTIENNE-MARTIN (Maurice). — *Traitement actuel du cancer de la langue*. Thèse, Lyon 1930.
- FISCHEL (Ellis). — Surgery as applied to lymph nodes of the neck in cancer of the lip and buccal cavity. A statistical study. *Am. Journ. Surgery*. New-York, juin 1934, 24, n° 3, p. 711.
- FRUCHAUD (H.). *Traitement du cancer de la langue*. *Arch. Méd. Chir. de Province*. 26, octobre 1936, p. 403.
- GALLOWAY (T.-C.). — Epithélioma of base of tongue. *Chicago Oto. Lar. Soc.* 4 mars 1935.
- Cancer of the base of the tongue and pharynx. *Arch. Oto. Lar. Chicago*, juin 1935, 21, n° 6, p. 742.
- GELLY (G.). — *Cancers du sillon alvéolo-lingual et pelvi-buccaux*. Thèse Paris 1931.
- GOSSET et WALLON (E.). — De la curiethérapie dans le cancer des joues et des lèvres. *Journ. Radiol. et Électrol.* juin 1933, 17, n° 6, p. 305.
- GROSSMANN (F.-S.). — Resoultaty curietherapii raka iasyka pó matérialame Gossondarstivennavo Rentguenologuitcheskavo Institutouta. *Vest Röntg. I. Radiol.* Leningrad, 1932, 10, p. 185.
- HALL (Wendell.-C.). — Radiation treatment of épithélioma of the lip. *Am. Journ. Röntgen*. Springfield, juillet 1937, 38, n° 1, p. 116.

- HOLLANDER (Lester). — Treatment of carcinoma of the lip. *Arch. Phys. Thérap. X Rays radium*. New-York, janvier 1936, 17, n° 1, p. 17.
- KAPLAN (Ira-I.). — Radiation therapy of malignant lesions of the lip. *Radiology*, mai 1937, 28, n° 5, p. 533.
- KAPLAN (Ira-I.) et KRANTZ (Simon). — Irradiation in carcinoma of the lip. *Am. Journ. Röntgen*. Springfield, septembre 1935, 34, n° 3, p. 381.
- Mc NALLY (W.-S.). — The effect of deep X ray therapy in a case of carcinoma of the hypopharynx and cervical glands. *Proc. Royal Soc. Méd.* London, mai 1937, 30, n° 7, p. 918.
- MAISIN (J.) et VASSILIADIS (H.). — Ueber die behandlung der mundhoelen — und HypopharynxKrebse. *Strahlentherapie*. Berlin, 16 octobre 1935, 54, n° 2, p. 193.
- MARTIN (Charles-L.). — Carcinoma of the upper pharynx. *Am. Journ. Surgery*. New-York, octobre 1935, 30, n° 1, p. 36.
- MELAND (Orville). — The treatment of métastatic involvement of the neck secondary to intraoral cancer. *Am. Journ. Röntg.* Springfield, juillet 1931, 26, n° 1, p. 20.
- MEYERS (E.-S.). — Epithélioma of the lip. Glandular involvement and the „Wait and see” method. *Méd. Journ. Australia*. Sydney, 13 mars 1937, 24, n° 11, p. 399.
- MONOD (O.). Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux cancers de la langue, du plancher de la bouche et des lèvres. *La Médecine*. Paris, juin 1934, 15, n° 8, p. 493.
- MOURE (P.). — Récidive ganglionnaire d'un cancer de la langue quinze ans après l'opération. *Mém. Académie Chirurg.*, 14 octobre 1936, 62, n° 25, p. 1151.

- MOORE (Sherwood). — Direct roentgen irradiation of deep-seated tumors. Preliminary report. *Am. Journ. Röntgen*. Springfield, décembre 1936, 36, n° 6, p. 969.
- NICOLINI (Raul-C.). — Tratamiento de las adenopatías cervicales consecutivas al cancer de la lingua. *Semena Médica Buenos-Ayres*, 21 juillet 1932, 39, n° 2010, p. 164.
- PALUMBO (V.). — La curiethérapie des carcinomes de la cavité buccale et du pharynx. *Journ. Radiol. et Électrol.* Paris, août 1935, 19, n° 8, p. 454.
- PERUSSIA (Felice). — La radiothérapie des cancers de la cavité buccale et du pharynx. *Arch. Électr. Méd. Bordeaux*, juin 1934, 42, n° 597, p. 232, et *Radiol. Médica. Milan*, août 1934, 21, n° 8, p. 921. *Rapport au 4^e congrès international de radiologie*, Zurich, juin 1934, p. 76.
- Die radiothérapie des Krebses des mundes. *Strahlentherapie*. Berlin, 21 septembre 1935, 54, n° 1, p. 1.
- PORTMANN (G.) et DESPONS (Jean). — Traitement chirurgical du cancer de l'oro-pharynx. *C. R. Séances Soc. Franc. O. R. L.*, 2, 1935, p. 49.
- QUICK (Douglas). — Die roentgen und radiumbehandlung der Neubildungen des larynx und pharynx. *Handb. D. Strahlerheilkunde, Biologie und Therapie*. Berlin, 1929, n° 2, p. 527.
- Management of cancer of the mouth and the cervical lymphatics. *Am. Journ. Röntgen*. Springfield, mars 1934, 31, n° 3, p. 366.
- Radium in the treatment of métastatic épidermoid carcinoma of the cervical lymph nodes. *Am. Journ. Röntgen*. Springfield, mai 1935, 33, n° 5, p. 676.
- Métastatic épidermoïd carcinoma in the neck. Technical considérations in the combined méthode of treatment. *Am. Journ. Surgery*. New-York, novembre 1935, 30, n° 2, p. 207.

- RADLINSKI (Z.). — Postępowanie i wyniki w najcięższych postaciach raka. *Nowotwory*. Varsovie, 1931, 7, n° 3-4, p. 350.
- REGAUD (Cl.). — Les épithéliomas de la cavité buccale. Leur traitement par le radium et les rayons X. *Journ. Méd. et Chirurg. pratiques*. Paris, 10 janvier 1932, 103, n° 1, p. 15.
- ROUX-BERGER (J.-L.). — Cancer de la langue. Statistique de la fondation Curie. *Bull. Mém. Soc. Chir. Nation.* Paris, 19 novembre 1932, 58, n° 28, p. 1343, et *Radiophysologie et Radiothérapie*. Paris, novembre 1933, 3, n° 1, p. 83.
- Résultats du traitement des adénopathies secondaires au cancer de la langue. *Bull. Académie Chir.*, juin 1939.
- RUPPE (Ch.). — Acquisitions récentes sur les épithéliomas et les tumeurs de la cavité buccale. *Presse Médicale*, 5 mars 1938.
- SCHINZ (H. R.) et ZUPPINGER (A.). — Unsere erfahrungen bei bösartigen mundhöhlengeschwülsten. *Arch. klin. Chir.* Berlin, 25 janvier 1937, 187, n° 4, p. 729.
- Zürcher erfahrungen der radiothérapie von bösartigen mesopharynxgeschwülsten. *Arch. klin. Chir.* Berlin, 22 décembre 1938, 187, p. 582.
- SIMEONI (Vincenzo). — Il cancro delle cavità orale. Risultati operatori e di cure fisiche. *Arch. Chir.* Bologne, juillet 1934, 2, n° 5, p. 465.
- SIMMONS (Channing C.). — Cancer of the buccal mucosa. The results of treatment by opérations and radiations. *Trans. of the Americ. Surg. Assoc.*, 1930, T. 48, p. 438.
- The treatment of oral cancer. *Am. Journ. Röntgen*. Springfield, juillet 1931, 26, n° 1, p. 5.
- SIMPSON (Frank E.). — Radium dosage and technique in carcinoma of the tongue. *Am. Journ. Röntg.* Springfield, juillet 1935, 34, n° 1, p. 63.

- SIMPSON (Burton-T.). — Présent methods of treating neck métastases by radiation at the State Institute for the study of malignant diseases at Buffalo. New-York. *Radiology Nouvelle-Orléans*, octobre 1934, 23, n° 4, p. 476.
- SOILAND (Albert) et MELAND (Orville). — Intraoral cancer and its treatment. *California and Western Med. San-Francisco*, août 1930, 33, p. 559.
- SOLE (Henri). — *Cancers des lèvres et récidives ganglionnaires*. Thèse, Lyon, 1930.
- SQUIRRU (Carlos M.). — Intervenciones quirurgicas de cuello. Preparatorias en el tratamiento de los canceres « de bascula ». *Bull. Inst. Méd. expériment. Buenos-Ayres*, mars 1930, n° 23, p. 316.
- SREBRNY (J.). — Nowotwory zlosliwe migdalow. *Warszaw. Czasop. Lek.* Varsovie, 1935, 12, n° 34, p. 617.
- STEWART-HARRISON (R.). — Das Lippenkarzinom. *Strahlentherapie*. Berlin, 8 mars 1933, 46, n° 3, p. 401.
- TAILHEFER (A.). — État actuel du traitement du cancer de la langue. *Revue Méd. Franc.* Paris, novembre 1933, 14, n° 8, p. 785.
- WIDMANN (Bernard-P.). — Carcinoma of the lip. Results of roentgen and radium treatment. *Am. Journ. Roentgen*. Springfield, août 1934, 32, n° 2, p. 211.
- WILE (Udo-J.) et HAND (Eugène-A.). — Cancer of the lip. Results of therapy in four hundred and twenty-five cases followed from one to ten years. *Journ. Améric. Méd. Assoc. Chicago*, janvier 1937, 108, n° 5, p. 374.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
HISTORIQUE	19

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. LES AGENTS PHYSIQUES

LEURS AVANTAGES.

Suivant les caractères anatomo-cliniques de l'envahissement lymphatique :

Il n'y a pas de ganglions perceptibles.

Valeur et résultats de la radiothérapie prophylactique..... 28

Il y a des ganglions perceptibles.

Valeur et résultats de la radiothérapie curative..... 35

Suivant la localisation de la lésion primitive :

Radiosensibilité des adénopathies..... 31

Possibilité d'irradiation simultanée du néoplasme primitif et de ses adénopathies satellites 51

Siège des adénopathies..... 52

LEUR TECHNIQUE.

La curiethérapie 54

Curiepuncture 56

Curiethérapie externe par appareil moulé.... 58

Télécuriethérapie 61

<i>La raëntgenthérapie.....</i>	64
<i>Curiéthérapie et raëntgenthérapie associées.....</i>	68
LEURS INCONVÉNIENTS.	
Multiplicité des champs.....	70
Gêne apportée au curage ganglionnaire.....	71
CHAPITRE II. LA CHIRURGIE	
SES AVANTAGES.	
Résultats du curage ganglionnaire.....	73
SES INCONVÉNIENTS.	
Diminution de radiosensibilité de la lésion primitive	89
Trismus post-opératoire.....	90
Suppression du barrage ganglionnaire.....	91
Mortalité du curage ganglionnaire.....	93
Inconvénients fonctionnels tardifs.....	94
Le retard apporté au traitement de la lésion primitive	95
SES LIMITES DE POSSIBILITÉ ET D'UTILITÉ.....	95
LA TECHNIQUE DU CURAGE GANGLIONNAIRE CERVICAL.	
L'étendue du curage.....	98
La technique proprement dite.....	103
Le mode d'anesthésie.....	105
CHAPITRE III. LES TRAITEMENTS MÉDICAUX ET BIOLOGIQUES.....	
LA CHIMIOTHÉRAPIE.....	110

SECONDE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. LA NÉCESSITÉ DU TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES

LES CARACTÈRES CLINIQUES DES ADÉNOPATHIES..	118
L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DES ADÉNOPATHIES..	119

LES ÉTUDES STATISTIQUES DES ADÉNOPATHIES..	121
Les localisations néoplasiques qui envahissent presque constamment les territoires lym- phatiques	121
Les localisations néoplasiques qui envahissent rarement les territoires lymphatiques.....	123
LE CAS DES LÉSIONS INITIALES APPARAISSANT AU-DESSUS DES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES.	127

CHAPITRE II. LE MOMENT DU TRAITEMENT DES ADÉNOPATHIES

<i>En principe on traitera toujours d'abord la lésion primitive.....</i>	129
<i>Il est cependant des cas où l'on traitera d'abord les adénopathies.....</i>	132
<i>Il est enfin des cas où l'on traitera en même temps la lésion primitive et les adénopathies.....</i>	133

CHAPITRE III. LES INDICATIONS DU TRAI- TEMENT DES ADÉNOPATHIES

<i>Les indications de la radiothérapie seule.....</i>	134
<i>Les indications de la chirurgie seule.....</i>	137
<i>Les indications de l'association radio-chirurgicale.</i>	141
<i>Les indications des traitements médicaux et bio- logiques.....</i>	143

OBSERVATIONS.....	145
<i>Épithélioma lingual marginal antérieur.....</i>	148
<i>Épithélioma lingual méso-marginal.....</i>	156
<i>Épithélioma lingual marginal postérieur</i>	168
<i>Épithélioma de la base de la langue.....</i>	178
<i>Épithélioma pelvi-lingual</i>	188
<i>Épithélioma du plancher buccal</i>	193
<i>Épithélioma de l'amygdale</i>	199
<i>Épithélioma de l'épiglotte</i>	215

<i>Épithélioma du voile du palais.....</i>	221
<i>Épithélioma du pharynx buccal.....</i>	224
<i>Épithélioma de la muqueuse jugale.....</i>	226
<i>Épithélioma de la lèvre inférieure.....</i>	237
<i>Épithélioma de la lèvre supérieure.....</i>	256
CONCLUSIONS	259
BIBLIOGRAPHIE	263

